UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 1913 **THÈSE** N°

POUR

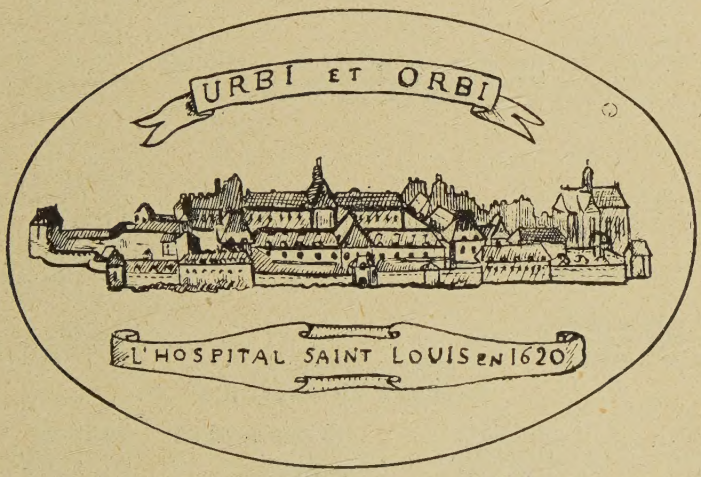
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Historique du Chancre mou

PAR

Jacques LE PETIT

Né à Bayeux (Calvados), le 20 Juillet 1887



Président : MONSIEUR ERNEST GAUCHER, PROFESSEUR

PARIS

IMPRIMERIE DES THÈSES DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, PARIS (VI^e Ar^t).

1913

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL. TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS.
Anatomie pathologique	Pierre MARIE.
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	Auguste BROCA.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE. LANDOUZY. GILBERT. CHAUFFARD.
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	Pierre DELBET. QUENU. RECLUS. HARTMANN.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR. PINARD. RIBEMONT-DESSAIGNE.
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN

Agrégés en exercice

MM.			
ALGLAVE	GUENIOT	LEREBOULLET	RIBIERE
BERNARD	GUILLAIN	LERI.	RICHAUD
BRANCA	JEANNIN	LŒPER	ROUSSY
BRUMPT	JOUSSET André	MAILLARD	ROUVIERE
CAMUS	LABBE Henri	MOCQUOT	SAUVAGE
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVASTINE.	MULON	SCHWARTZ
CHAMPY	LANGLOIS	NICLOUX	SICARD
CHEVASSU	LECENE	NOBECOURT	TANON
COUVELAIRE	LEMIERRE	OKINCZYC	TERRIEN
DESMAREST	LENORMANT	OMBREDANNE	TIFFENEAU
GOUGEROT	LEQUEUX	RATHERY	VILLARET
GREGOIRE		RETTERER	ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

Faible témoignage de vive affection
et de profonde reconnaissance.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
DE CAEN

A Monsieur le Docteur AUVRAY

DIRECTEUR HONORAIRE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE DE CAEN
VICE-RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE CAEN

En témoignage de ma vive reconnaissance pour l'intérêt qu'il m'a toujours témoigné.

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE PARIS

A Monsieur le Docteur FOUQUET

AMCIEN CHEF DE CLINIQUE A LA FACULTÉ

ASSISTANT DE CONSULTATION A L'HÔPITAL SAINT-LOUIS

Qui a bien voulu nous aider de ses précieux conseils pour la rédaction de ce travail après nous en avoir inspiré le sujet.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur GAUCHER

MÉDECIN DE L'HÔPITAL SAINT-LOUIS

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES

A LA FACULTÉ

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Chevalier de la Légion d'Honneur

Dont nous avons eu l'honneur d'être l'élève et qui a bien voulu accepter la présidence de cette thèse inaugurale. Nous le prions de bien vouloir agréer, avec tous nos remerciements, l'hommage de notre profonde gratitude.

PLAN

Introduction.

Première période. — Avant le XV^{e} siècle, le chancre simple paraît exister et être décrit comme une maladie spéciale avec ses complications. La Syphilis, maladie nouvelle (1494).

Deuxième période. — Après l'apparition de la vérole, le chancre simple reste quelque temps considéré comme une affection spéciale, mais bientôt toutes les maladies vénériennes et d'autres parfois sont confondues sous le nom de « mal vénérien ». Georges Vella (1508), Nicolas Massa (1532), Brassavole (1551).

Troisième période. — Après trois siècles de confusion, le « mal vénérien » va se dissocier. Hunter et l'expérimentation (1786) Carmichaël (1814) Wallace (1835) Ricord. Le chancre céphalique. Bassereau (1852) établit la doctrine de la pluralité. Le chancroïde (Clerc 1854).

Inoculation aux animaux, à l'homme. Les syphilisateurs (1850) Auzias Turenne. Sperino (1850) Fournier (1860). Le chancre mixte (Rollet 1860). Le chancre mixte artificiel. Le chancre mou des syphilitiques. Veroloïde, secondes véroles (Diday 1862). Chancre mixte clinique. Bactériologie. Ducrey (1879). Unna (1882). Culture. Besançon, Griffon, Lesourd (1901). Virulence du pus du bubon. Inoculation aux animaux. Sensibilisatrices (Gallia 1907). Fréquence du chancre mixte, sa contagion.

Conclusion. — Le chancre simple est bien une affection distincte mais sa coexistence fréquente avec le chancre syphilitique nous oblige à nous tenir toujours en garde contre la possibilité du chancre mixte.

INTRODUCTION

Il y a peu d'affections aussi distinctes et aussi tranchées que les maladies vénériennes. Pourtant, s'appuyant sur les analogies qui peuvent résulter de leur mode de transmission, le siège de leurs lésions et parfois leur simultanéité, la Médecine les a traitées et considérées pendant des siècles comme ne formant qu'une seule et même espèce, et, chose inouïe, elle a opposé à l'ensemble de ces maladies le traitement de la plus grave, de la plus récente, de la moins fréquente, imposant ainsi aux autres, c'est-à-dire à la très grande majorité, le danger d'une médication d'autant plus désastreuse qu'elle était mal appliquée.

La blennorrhagie semble la plus ancienne de ces affections ; Moïse en parle déjà (Levitique V); les Grecs, les Latins, les Arabes l'ont décrite et on peut la considérer comme ayant existé de toute antiquité.

Quant à la syphilis, bien que Voltaire ait dit avec

ironie : « la vérole est comme les Beaux-Arts, on ignore quel en a été l'inventeur », on s'accorde généralement pour en mentionner son apparition qu'à la fin du XV^e^ siècle, après la découverte du nouveau monde. (1494-1496).

D'un autre côté, nous ne sommes plus aujourd'hui à l'époque où régnait la doctrine de l'unité vénérienne, et nous reconnaissons, à côté de l'accident primitif de la syphilis, un autre chancre qui lui ressemble assez au premier abord, mais dont la nature est toute différente.

Aussi sous l'inspiration de M. le docteur Fouquet, nous a-t-il paru intéressant de rechercher qu'elle paraît avoir été la date de l'apparition de ce chancre, c'est-à-dire si les textes antérieurs au XV^e^ siècle semblent le mentionner et l'avoir reconnu, et ensuite par quelles étapes passèrent les diverses théories qui ont abouti à notre conception actuelle de l'individualité du chancre mou conception que nous appuierons sur des preuves irréfutables tirées de la clinique, de la Bactériologie et de l'expérimentation .

PREMIÈRE PÉRIODE

Avant le XV[e] siècle, le chancre simple paraît exister et être décrit comme une maladie spéciale avec ses complications. La Syphilis, maladie nouvelle (1494).

Le chancre simple paraît être signalé comme une maladie spéciale avec ses complications

Hippocrate avait déjà mentionné les *bubons* de l'aine survenant à la suite d'ulcération des organes génitaux. Mais Celse (1) le premier nous donne une bonne définition du *chancre*, de ses complications telles que le *phimosis*, le *paraphimosis*, et même le *phagédénisme* déjà décrit par les Grecs, nous dit-il. Il n'indique pas les causes de cette affection, mais s'excusant d'avoir à traiter ce sujet, il nous indique que ces maladies étaient tenues secrètes à Rome. Il décrit, nous dit Bassereau des « ulcérations rongeantes, fournissant une suppuration semblable à de la lavure de chair ». Il parle également

(1) Celse, liv. V et VI.

du « chancre gangréneux à eschare noire », puis du « chancre phagédénique serpigineux ».

De même les bubons de l'aine sont signalés par la plupart des médecins grecs et latins. Galien par exemple, distingue les différentes espèces de bubons, ceux par exemple qui dépendent de plaies des parties voisines de l'aine.

Nous trouvons également mention de ces ulcérations dans Dioscoride, Marcellus Empiricus, Oribase, Ætius, Paul d'Egine, la plupart de ces auteurs parlant également du *bubon chancreux*.

On le trouve mentionné comme une maladie très commune et déjà exploitée par les charlatans aux XIII^e^ et XIV^e^ siècles, et, comme pour la blennorrhagie qui était déjà connue, c'est aux arabes que nous devons les plus précieux documents. Mesue, Avicenne, Avenzoar, Albucasis, décrivent des « ulcères corrosifs et serpigineux de la verge » : Albucasis parle de la perforation du prépuce et de la nécessité d'introduire parfois des sondes dans le canal.

Guillaume de Salicet consacre un chapitre de sa *Chirurgie* à la description « des pustules blanches ou rouges, des vésicules miliaires, des crevasses, des corruptions, ou choses semblables qui se forment sur la verge où à l'entour du prépuce, à la suite du coït avec « une femme sale ou une courtisane ». Il décrit le bubon ou « dragonneau de l'aine », établissant sa relation avec les « corruptions » de la verge.

Guy de Chauliac, à propos des chancres, propose la circoncision pour le traitement de certains phimosis. Valescus de Tarente, au contraire, s'oppose à la circoncision et préfère les injections.

« Les ulcères de la verge, dit Lanfranc, de Milan, proviennent de pustules chaudes qui s'ouvrent ensuite ou d'humeurs âcres qui ulcèrent la partie, ou bien du commerce avec une femme sale qui a coïté avec un homme atteint d'une semblable maladie ».

Pierre d'Argelata insiste tout particulièrement sur le bubon. Il faut même, d'après lui, purger les malades sinon il leur surviendrait dans l'aine un bubon qui pourrait suppurer. D'ailleurs il indique un préservatif : *Ne ergo istae pustulae oriantur vobis, cauti esse debetis. Quare post coïtum illarum mulierum, quae foedae sunt, debetis facere lotionem* » (1).

Nous sommes ici en 1840, quinze ans par conséquent avant l'apparition de la syphilis en Europe.

Les textes démontrent donc avec la dernière évidence que bien *antérieurement à l'invasion de la vérole on avait reconnu et signalé des ulcérations des organes génitaux, d'origine vénérienne, réputées contagieuses et pouvant se compliquer de bubons ou de phagédénisme.*

A. Fournier veut pourtant douter que ces descriptions s'appliquent au chancre mou et il se demande « si ces ulcérations ne seraient pas explicables par d'autres affections telles que les balano-posthites inflammatoires

(1) Chirurg. l. VI (Venet 1480).

ou gangreneuses, l'herpès, l'eczéma, l'anthrax, le paraphimosis, la gangrène, le cancer, l'esthionème », mais il reconnaît qu'il manque de preuves pour appuyer son objection.

La Syphilis, maladie nouvelle (1494)

Quant à l'origine moderne de la syphilis, il faut pour s'en convaincre lire les descriptions inoubliables que nous en avons des auteurs contemporains.

Les partisans de l'ancienneté de la syphilis ont bien cru la reconnaître dans la lèpre du Levitique, dans les ulcères de Job, dans le mal de Campanie dont le visage de Messus portait les cicatrices (Horace, liv. II, sat. 5), dans la mentagre décrite par Pline, dans l'éruption qui, au dire de Tacite, déformait la face de Tibère, dans le feu de Perse de Coradin Gélini, mais que sont ces affections presque banales à côté de la vérole ? Comment expliquer une pareille recrudescence dans la gravité des symptômes dans une maladie qui aurait été éteinte ?

L'apparition de la vérole, nous dit Rollet, a fait époque. Non seulement tous les médecins l'ont décrite comme une maladie *nouvelle*, mais ils semblent avoir partagé l'effroi que ce mal inconnu jusqu'alors, répandit dans les populations. L'effet produit en Europe par la première apparition du choléra n'est rien en comparaison de celui dont on trouve la trace dans les ouvrages des premiers auteurs qui ont parlé de la vérole. Le nom-

bre des malades augmentait avec une rapidité déconcertante, et n'épargnant « ne couronne ne crosse », la vérole frappait jusqu'aux monarques les plus puissants de l'époque : François Ier, Charles Quint, Henri VIII, Barberousse, sans oublier l'évêque de Ségovie, le cardinal Wolsey, le pape Alexandre VI !

Ce ne sont pas seulement des médecins qui ont signalé cette première invasion du fléau ; des historiens de premier ordre, comme Guichardin (1) en ont parlé. Et en songeant à l'importance sociale de ce mal, il n'est pas étonnant qu'on ait appelé le XVe siècle, le *siècle de la vérole* ! »

En 1495, le médecin vénitien Bénédictus, accuse les astres, dont la maligne influence avait créé cette maladie, « fruit nouveau ou du moins inconnu aux anciens. »

Sa nouveauté et sa nature *inconnue* frappent également les chroniqueurs et les annaluistes de l'époque. Le moine allemand Sciphover signale le ravage de cette cruelle épidémie en Westphalie, en Prusse, en Saxe etc. « C'est une maladie nouvelle, qu'aucun siècle n'avait éprouvé jusque là, écrit Sabellicus; presque la vingtième partie du genre humain fut atteinte, »

En 1495, année de l'apparition de la Syphilis en Italie parmi les troupes de Charles VIII, Marcellus Cumanus est au camp de Novarre, un des foyers de l'épidémie. Dans son observation IV, il décrit une maladie nouvelle,

(1) Guichardin a publié de la meilleure foi du monde, les malheurs dont il a été témoin, et dont il a « lui-même éprouvé une grande partie ».

développée cette année même chez un grand nombre d'écuyers et de fantassins. Cette maladie est bien la Vérole, car il la décrit comme débutant par des pustules développées sous le prépuce, affectant aussi la face et le corps. Ces pustules s'ulcèrent et deviennent serpigineuses. Il y a aussi des douleurs dans les bras et les jambes. Il conseille la saignée, et il note que chez les individus non traités, les pustules qui couvrent tout le corps, donnant aux malades l'apparence de lépreux ou de varioleux, durent une année et plus.

Les édits du Parlement montrent la panique de l'époque. Après les avoir menacés de la « hart » en 1497, le prévôt de Paris en 1498 invite les vérolés à quitter la ville « sous peine d'estre jectés en la rivière ». Il est noté dans la Chronique du Puy (1495), que des gens du roi Charles vinrent à Lyon affectés d'une maladie appelée « la grand' gorre ou grosse vérole ou maladie de Naples, dont on fut bien esbahi ». Aussi le 12 août 1497, les prie-t-on de sortir au plus vite de la ville.

Voici comment s'exprime Fracastor dans le De Morbis contagiosis l. II et I :

« Ce mal apparut en Italie une dizaine d'années avant la fin du siècle (XV^e^) au moment où les Français vinrent dans le royaume de Naples, sous la conduite du roi Charles VIII : C'est ce qui fait que les Napolitains l'ont appelé mal français ; en échange, les Français l'ont appelé mal napolitain : quant à moi je lui ai donné le

nom de syphilis. Cette maladie est nouvelle en Europe, voici quels étaient ses symptômes...

Puis il survenait des ulcères « aux parties génitales, ulcères semblables à ceux qui ont coutume de se développer dans ces organes à la suite du coït et qu'on appelle *caries*, mais d'une nature bien différente, car guéris d'un côté ils récidivaient de l'autre » Toute la description de Fracastor est conforme à celle de tous les contemporains de l'épidémie (Leoniceno, Torella, Catanée, Almemar, Vigo, Maynard, etc.) et dans lesquelles se déroulent tous les symptômes d'une maladie non décrite avant eux et bien différente des gonorrhées, chancres et bubons anciennement connus.

Non seulement on donna dès son début à la vérole une quantité de noms (*Morbus Gallicus*, *scabies Gallica*, *pustulae epidemicae*, *pudendagra*, etc.), mais beaucoup de ces noms montrent combien on en fit une maladie nouvelle et absolument inconnue jusqu'alors (*morbus novus*, *incognitus*, *inauditus*, etc.). Quelques-uns seulement, nous dit A. Fournier, pensèrent en retrouver les traces dans l'Antiquité, car il était impossible à leurs yeux qu'Hippocrate et Galien eussent rien ignoré, mais ils n'admirent pas moins, forcés par l'évidence, que cette maladie s'était éteinte et qu'elle n'existait plus au XV^e^ siècle. Ils crurent seulement que l'épidémie actuelle n'était qu'une recrudescence d'une maladie préexistante.

André Thevet, historiographe au XVI^e^ siècle nous raconte dans le *Grand Insulaire* que pendant la guerre de Naples, un capitaine espagnol nommé Mendoze

donna la vérole à la femme d'un seigneur napolitain qui la contracta naturellement à son tour. Ayant été les deux premiers personnages atteints en Italie, ces derniers furent l'objet d'un vif sentiment de commisération et de curiosité. « Cette maladie fut longuement examinée par les médecins du pays. Le cardinal d'Amboise qui lors était à la ville de Naples, pour les affaires de France, voulut avoir le pourtrait du gentilhomme pour un mémorial perpétuel, et le fit mettre en la gallerie de la maison qu'il fit faire au Gaillon, pays de Normandie. »

Le cardinal, ne pensant pas que la maladie s'installerait en Europe, voulait en conserver le souvenir, mais comme le dit Auzias-Turenne, aujourd'hui que le fameux « pourtrait » s'est perdu, on le remplacerait aisément.

Tous les médecins d'alors furent unanimes à proclamer le caractère *nouveau* de cette maladie et leurs écrits témoignent de la surprise qu'elle leur causa. « Un point sur lequel il n'y eut entre eux aucune divergence, sur lequel les plus âgés et les plus jeunes, les savants et les ignorants s'accordèrent unanimement, ce fut que jamais aucun d'eux n'avait rien observé d'analogue ni de semblable au *mal français* avant l'arrivée de Charles VIII en Italie. » (Bassereau).

Nous pourrions multiplier à l'infini les citations des auteurs de l'époque attestant toutes la *nouveauté* de la maladie qui surgissant tout d'un coup, venue des Indes, d'Amérique ou produite par des influences sidérales ou météorologiques, comme on le crut tout d'abord, envahissait aussitôt l'Italie, l'Espagne, la France, puis l'Allemagne et toute l'Europe.

Rappelons toutefois qu'on la considéra comme un dérivé du farcin (Van Helmont) de la lèpre (Manard, Matthiole), du chancresimple (Braseavole, Paracelse), mais ce sont des exceptions.

En somme, cette maladie semble donc avoir été distinguée dès le début de son apparition. Nous croyons donc logique de conclure :

1° *Le chancre syphilitique ne paraît pas avoir été connu des anciens. Son origine ne remonte guère au delà de la fin du XV^e^ siècle.*

D'un autre côté, comme les ulcérations génitales maintes fois décrites avant cette époque, dont nous avons parlé au début de ce travail et dont le traitement avait surtout été local, semblent n'avoir jamais été accompagnées d'accidents généraux, mais seulement parfois compliquées de phagédénisme ou de bubon, suites fréquentes du chancre mou, il nous paraît tout naturel de croire que :

2° *Les ulcérations de l'antiquité et du moyen-âge n'avaient pas de relation avec la syphilis ;*

3° *Elles étaient probablement pour la plupart constituées par la maladie à laquelle nous donnons aujourd'hui le nom de « chancre simple ».*

Et puisque nous avons de cette maladie et de ses complications, de bonnes descriptions, nous pensons pouvoir dire enfin que :

4° *Le chancre simple existait et a été connu dans l'antiquité et le moyen-âge*, bien que nous manquions de preuves suffisantes pour rien affirmer sur ce point d'une façon absolue.

DEUXIÈME PÉRIODE

Après l'apparition de la vérole, le chancre simple reste quelque temps considéré comme une affection spéciale, mais bientôt toutes les maladies vénériennes et d'autres parfois sont confondues sous le nom de « mal vénérien ».

Georges Vella (1508), Nicolas Massa (1532), Brassavole (1551).

Au moment de l'épidémie syphilitique du XV^e^ siècle et pendant les premières années qui ont suivi l'invasion de cette maladie en Europe, les médecins ne confondaient pas le chancre nouveau avec l'ulcération ancienne ; ils ne songeaient même pas pour la plupart à établir un rapprochement quelconque entre les deux affections. Notre conception actuelle de la pluralité des maladies vénériennes est conforme à celle qui était professée par les contemporains de l'épidémie. La syphilis était décrite comme une maladie spéciale, dans des traités spéciaux et on posait nettement le diagnostic entre la *caries gallica* et la *caries non gallica*.

Dans sa description de la vérole, en 1495, Marcellus Cumanus n'établit nulle part de comparaison entre la maladie nouvelle, affection générale pour lui, et les maladies vénériennes anciennes qu'il regarde comme absolument locales et qu'il traite comme telles.

Jusqu'en 1517, Jean de Vigo décrit la vérole dans son traité de Chirurgie, au livre V, sous le nom de *Morbus gallicus* ; tandis qu'il décrit le chancre simple au livre II dans deux chapitres ayant pour titre : « *De calefactione et carolis qui solent evenire juvenibus inter pellem et proeputium virgae* » et « *de pustula carbunculosa quae oriri solet inter pellem et proeputium virgae.* » Il prévient même qu'il ne faut pas confondre l'accident primitif de la syphilis qu'il décrit comme un ulcère *induré* (*ulcus cum callositate*) avec le chancre simple qu'il appelle *ulcère rongeant, putride, serpigineux, chancreux, gangreneux, virulent* (*ulcus corrosivum, putrefactum, cancrosum, gangrenosum, virulentum*).

Pendant les premières années qui ont suivi l'apparition de la vérole, aucun auteur n'a classé dans l'étude de la syphilis, au nombre des formes qu'elle pût revêtir, ni la blennorrhagie ni le chancre simple.

Mais bientôt le « mal français » fut dans les traités, rapproché des affections vénériennes anciennes et il lui fut assimilé dans des descriptions communes.

C'est en 1508 que Georges Veela, le premier, commit la grave erreur d'englober le chancre simple dans la vérole, le mettant au nombre de ses symptômes. Il reconnaît que les deux maladies présentent certaines dif-

férences, mais comme elles affectent toutes deux les organes génitaux et qu'elles se transmettent également par le coït, il croit tout naturel d'en faire une unité morbide ! Et il établit que la grande épidémie de syphilis n'est qu'un coup de fouet donné au vieux virus chancreux déjà connu et que tous deux sont de même nature.

Pourtant jusqu'en 1517 Jean de Vigo a beau insister sur la différence des deux maladies, la confusion continue, œuvre des médecins qui ayant commencé à pratiquer leur art postérieurement à 1495, n'avaient pu comparer avec la maladie nouvelle, les affections vénériennes régnant de temps immémorial avant la fin du XV^e^ siècle (Bassereau).

En 1532, Nicolas Massa va plus loin. Il fait du bubon chancreux un accident syphilitique.

En 1540, Antoine Lecoq écrit : « Quelquefois le virus se jette sur les aines et en tuméfie les glandes : si la tumeur suppure, c'est souvent un bien... Cette maladie s'appelle bubon ou poulain par un trait de raillerie contre ceux qui en sont attaqués, d'autant qu'ils marchent en écartant les jambes comme s'ils étaient à cheval ». (*De ligno sancto non permiscendo*, ch. 7 1540).

La génération des contemporains de l'épidémie continuant à disparaître, l'erreur va grossir encore, car ce n'est pas tout : en 1551, Musa Brassavole englobe pareillement la blennorrhagie connue du temps de Moïse, dans la même unité morbide, comme on le voit toute de fantaisie (Rollet).

La gale même fut souvent décrite comme étant d'origine syphilitique sans compter l'herpès, les végétations, etc.

La syphilis en effet étant une maladie à longue évolution et ne préservant pas des autres affections génitales, on trouvait tout naturel de faire de ces dernières des symptômes nouveaux de la vérole, quand un syphilitique les contractait incidemment.

Cette réunion monstrueuse, grande entrave pour la science et grand malheur pour les malades, devait durer plusieurs siècles, puisqu'il faut arriver à une époque très rapprochée de nous pour assister à la dissociation du *mal vénérien*.

Bien que la plupart des auteurs reconnaissent, Fracastor en particulier, que la syphilis semblât se modifier, la description qu'ils nous donnent de la vérole ressemble tout à fait à ce que nous en connaissons aujourd'hui.

Chabalier dans sa thèse rapporte plusieurs observations empruntées à Torella. D'autres nous viennent de Luisinus en tout point conformes à ce que nous savons aujourd'hui de la vérole. Nous y trouvons notamment des cas de contagion héréditaire et un exemple de chancre céphalique contracté par un individu sain buvant après un syphilitique.

On se demande donc comment Astruc, un des plus ardents partisans de l'unité vénérienne, pouvait voir dans la blennorrhagie et le chancre simple des symptômes de la syphilis, l'un s'ajoutant du temps de Massa, l'autre du temps de Brassavole.

D'ailleurs, nous le fait remarquer Rollet dans son traité *sur la pluralité des maladies vénériennes,* est-on autorisé à admettre que la maladie elle-même se soit modifiée au point que des symptômes nouveaux lui aient été ajoutés ? Et quels symptômes ! La blennorrhagie et le chancre, c'est-à-dire deux affections antérieurement connues et qui chez nous sont trois ou quatre fois plus fréquentes que la vérole, et beaucoup plus encore dans d'autres pays ! Il résulte, en effet, d'un relevé portant sur plus de 2.000 observations que les maladies vénériennes s'observent dans des proportions telles que la blennorrhagie forme environ les cinq douzièmes du nombre total ; le chancre simple les quatre douzièmes et le chancre infectant les trois douzièmes.

Toutes ces maladies existent isolément, c'est-à-dire une à une, dans la très grande majorité des cas, environ 90 fois sur 100. Elles se rencontrent à l'état de coexistence, deux à deux, ou même trois à trois, environ 10 fois sur 100 seulement, c'est-à-dire dans un nombre de cas assez restreint pour qu'on puisse le considérer comme une exception.

Cette statistique que nous empruntons à Rollet (1862) n'est peut-être pas conforme à la réalité des faits, car les chiffres relatifs aux chancres ne peuvent avoir l'autorité de ceux que nous fournirions aujourd'hui avec certitude grâce à nos moyens de contrôle, examen microscopique, réaction de Wassermann, etc., sans oublier la notion récente du chancre mixte. Malgré cela, nous pouvons nous appuyer sur elle pour nous étonner

encore de la grossière erreur d'où naquit le *mal vénérien* ; d'autant plus qu'elle est, plus que nos statistiques modernes, conformes à l'*apparence* des faits, car les moyens d'investigation de Rollet, il y a cinquante ans, n'étaient guère plus perfectionnés que ceux dont pouvaient user Astruc et ses contemporains. A la rigueur, sans nous occuper de la fréquence respective des deux chancres pour lesquels il n'est pas, à grand tort comme nous le verrons plus loin, tenu compte de la situation sociale des malades dont il est question, nous pouvons retenir seulement le petit nombre de cas (10/100) où il y a coexistence de deux ou de trois de ces maladies, encore que ce chiffre nous paraisse exagéré pour des observateurs qui ne se doutaient pas de la fréquence du chancre mixte.

Les partisans de l'unité vénérienne ont donc dû admettre qu'à une certaine époque (du temps de Massa) le chancre simple avec le bubon chancreux était venu s'ajouter à la vérole et qu'à une autre époque (du temps de Brassavole) la vérole avait acquis un nouveau symptôme, la blennorrhagie ! Et pourtant ils sont forcés de reconnaître que ces mêmes gonorrhées, ces mêmes chancres, ces mêmes bubons existaient avant l'apparition de la syphilis !

Même à cette époque, comme nous le disions plus haut, on savait que la syphilis, maladie générale et contagieuse, pouvait se transmettre en dehors de tout rapport sexuel et on connaissait le grand nombre de cas venus d'une contagion non vénérienne. Au contraire,

pour les trois affections prises en masse et coexistant, les statistiques sur l'origine de la contagion étaient tout à fait différentes, les cas de transmission par le coït se multipliant à l'infini puisque c'est ainsi que se transmettent toujours ou à peu près la blennorrhagie et le chancre simple. On connaissait parfaitement des cas de syphilis venues de certaines fonctions physiologiques ou de certaines pratiques médicales, religieuses ou professionnelles, telles que l'allaitement, le toucher vaginal, la circoncision, le soufflage du verre. Les bubons et es blennorrhagies accompagnaient-ils ces contagions ? Jamais !

Astruc avait même signalé des chancres qui n'étaient suivis d'aucun accident syphilitique.

Dès le XVI^e^ siècle, se basant sur cette observation que le bubon suppuré est l'apanage presque exclusif du chancre non infectant, on regardait naturellement la suppuration comme étant de bon augure et guérissant de la vérole dont il prouvait l'absence dans la majorité des cas. « S'il survient un bubon, dit Thierry de Héry, en brief l'ulcère sera curé et guary et sera le patient exempt de la vérole par la méthodique et bonne curation dudit abscez. Maints ont ulcères, cacœths et malings qui toutefois n'ont pas la vérole. »

Seuls les malades exceptionnels atteints de chancre du canal, ou contractant les deux ou les trois maladies à des époques très rapprochées, auraient dû, nous semble-t-il, égarer le diagnostic.

Quoi, qu'il en soit, la confusion devait durer plus de

trois siècles. Confusion incomplète, il est vrai, pour quelques-uns qui reconnaissaient qu'avant la vérole, il y avait des ulcérations d'une nature particulière, siégeant aux parties génitales, contagieuses et décrites autrefois par les Grecs, les Latins et les Arabes. De ce nombre est Vigo que nous avons déjà cité, Fracastor qui vivait vers la même époque (1540), Fallope (1560) : « *At caries gallica*, dit-il, *non est ista putredo quam refert Hippocrates*, etc. ».

On savait que certains chancres n'étaient pas suivis de vérole et, non seulement parmi les accidents qui restaient le plus souvent locaux, on a toujours noté depuis cette époque les chancres serpigineux et surtout les chancres ganglionnaires ou bubons chancreux, mais depuis Fallope au moins, il y a toujours eu un ulcère présentant certains caractères déterminés qui a passé pour être plus grave que les autres, et cet ulcère est précisément celui que les contemporains de la syphilis, au XV^e^ siècle, décrivaient tous comme l'accident primitif propre de cette maladie ; mais on ne se demandait pas si à ces caractères pouvaient s'en ajouter d'autres permettant d'en faire une espèce distincte, tels que l'incubation, le nombre, le mode de transmission, la réinoculabilité, l'évolution, etc. Tous déjà insistaient sur la *dureté* du chancre infectant : *ulcus cum duritie* (Gaspard Torella (1497), *cum callositate* (Vigo 1514,) *pustula indurata* (Maynard 1518), *durities* (Ferry 1537), *cum callositate et cum duritie* (Lobera 1544), *durities* (Brassavole 1550),

callosa cicatrix (Fallope (1555), *cum duritie* (Botal 1563), *callosis labiis* (Petronius 1567).

Thierry de Hery, Ambroise Paré, Nicolas de Blagny, Jean-Louis Petit (1709), Astruc (1750) parlent même de la *dureté de la cicatrice*.

N'est-il donc pas étonnant que pendant des siècles, les médecins ont traité toutes ces maladies comme ne formant qu'une seule espèce, leur donnant comme traitement celui de la plus grave et de la moins fréquente ?

TROISIÈME PÉRIODE

Après trois siècles de confusion, le « Mal Vénérien » va se dissocier. Hunter et l'expérimentation (1786) Carmichael, (1814-1835) Vallace, Ricord. — **Le chancre céphalique.** — Bassereau (1852) **établit la doctrine de la pluralité.** — **Le chancroïde**, Clerc (1854). **Inoculation aux animaux, à l'homme** — **Les syphilisateurs** (1850) Auzias-Turenne, Sperino (1850), Fournier. — **Le chancre mixte**, Rollet (1860). — **Le chancre mixte artificiel.** — **Le chancre mou des syphilitiques.** — **Veroloïdes, secondes véroles**, Diday (1862). — **Chancre mixte clinique. Bactériologie**, Ducrey (1879), Unna (1882). — **Culture**, Besançon, Griffon, Lesourd, (1901). — **Virulence du pus du bubon. Inoculation aux animaux. Sensibilisairices** Gallia (1907). — **Fréquence du chancre mixte : Sa contagion**

Après trois siècles de confusion presque complète, la *Maladie Vénérienne* va perdre un peu de son unité et commencer à se dissocier.

Dès 1767, le chirurgien écossais Balfour, professe que la blennorrhagie est tout à fait distincte de la vérole ; de même Ellis, Clément Tode, André Duncan, Benjamin Bell, Bosquillon, Hernandez.

Bientôt on alla trop loin dans la doctrine de la pluralité et en 1825, l'école physiologiste avec Jourdan niait l'existence des maladies vénériennes en tant qu'espèces distinctes et étudiait des urethrites, des vaginites, des adénites, des ulcérations diverses etc.

Hunter et l'expérimentation (1786). — Carmichael (1814). Ricord. Wallace (1835).

Le véritable novateur dans l'étude des maladies vénériennes fut Hunter qui en 1786, rompant avec la tradition, voulut ne penser que par lui-même. Sans se contenter de la clinique, il eut l'idée d'avoir recours à l'expérimentation.

Malheureusement sa méthode que nous pourrions croire infaillible est restée stérile entre ses mains. Bien plus, ses résultats mal interprétés, loin de l'éclairer, le firent tomber dans une erreur grossière. Selon le mot de Rollet : « Elle fut appliquée à contre-sens : et telle est l'influence d'un esprit supérieur, que l'erreur de Hunter si capitale, si flagrante, qu'on serait tenté de la prendre pour une inadvertance, n'en a pas moins égaré toute une génération de savants, dont quelques-uns passent pour les plus illustres de notre pays. Se figure-t-on l'ob-

servateur à qui il a été donné de reconnaître le premier que, parmi les lésions vénériennes, les unes sont réinoculables au malade, les autres non réinoculables, assez mal avisé pour tirer de ce fait, nouveau et remarquable entre tous, cette singulière conclusion que les premières sont seules contagieuses et que les secondes ne le sont pas. Est-ce à Hunter et à Ricord qu'on voudrait avoir à apprendre que la vraie, la bonne et la meilleure manière de juger de la contagion d'une maladie, c'est de voir si elle est transmissible non pas à l'individu qui l'a déjà, mais à un individu qui ne l'a pas encore ». Parmi les lésions vénériennes, il en est qui sont reinoculables au malade? Qu'est-ce que cela prouve sinon que ces lésions sont locales et n'affectent l'organisme que partiellement? Car il faut une maladie évidemment locale pour laisser dans le corps des parties saines et pouvoir ainsi être transportée du point affecté dans un autre. A côté des lésions de cet ordre, il y en a d'autres qui ne sont pas réinoculables au malade? Qu'est-ce que cela prouve encore, sinon que ces lésions dont la virulence est indubitablement démontrée d'autre part, dépendent d'une maladie constitutionnelle, laquelle imprègne la masse entière de l'organisme à la façon de toutes les maladies virulentes générales?

Et avant tout, si parmi les affections vénériennes, les unes se comportent d'une certaine manière à l'inoculation et les autres d'une manière tout opposée, n'est-ce pas déjà la preuve que ces affections diffèrent entre elles et ne sont pas de même nature? Voilà ce que

Hunter aurait dû inférer de ses expériences. Toutes ces déductions et d'autres encore s'y trouvaient en germe, qu'après soixante ans d'incubation, l'école moderne a fini par faire éclore.

Et de ses ingénieuses expériences, il retint surtout cette grave erreur, à savoir que *seul* l'accident primitif de la syphilis était contagieux, alors qu'auparavant personne ne mettait en doute la contagion à toutes les périodes.

C'est ainsi que forcé par l'évidence d'admettre la contagion héréditaire, il n'en prouvait pas moins l'absence de virus dans le sang des syphilitiques en disant : « si le sang du sujet était contagieux et pourrait faire naître dans une plaie saine l'inflammation syphilitique, aucun sujet ayant la matière vénérienne en circulation, ne pourrait éviter un ulcère vénérien toutes les fois qu'il serait saigné ou qu'il se ferait une égratignure avec une épingle : les petites plaies ainsi produites se transformeraient en autant de chancres. Si les humeurs étaient contaminées chez un sujet atteint de syphilis constitutionnelle, aucune surface de sécrétion ne serait exempte de gonorrhée, toute plaie serait un ulcère vénérien. Contrairement à toutes ces idées, les sécrétions sont les mêmes qu'auparavant et si une plaie est produite dans une partie saine par une cause étrangère, cette plaie n'est point vénérienne ».

Hunter n'a pas décrit le chancre induré mieux que ses devanciers, mais il ne regardait comme véritablement chancreux que l'ulcère induré et c'est ce qui a fait

donner à celui-ci le nom de *chancre hunlérien*. Il croyait qu'on pouvait empêcher l'infection syphilitique par une intervention thérapeutique active et bien dirigée.

Ses idées sont développées par Adams et Abernéthy en 1804, qui écrivent des traités sur les maladies ressemblant à la syphilis et s'appuyant pour leur diagnostic sur la non réussite du traitement mercuriel. Carmichaed dit en 1814 : « Il est de la plus grande évidence dans les ouvrages de tous les auteurs qui ont écrit vers l'an 1500, que la syphilis était une maladie nouvelle et qu'elle déjouait la science des plus habiles médecins. En somme il est à peine contestable que la syphilis ait été apportée en Europe par les compagnons de Colomb, et qu'il existait auparavant, dans l'ancien continent, des maladies vénériennes qui ressemblaient fortement à la maladie nouvellement importée et qui, à la honte des médecins, à part deux ou trois remarquables exceptions ont été depuis cette époque jusqu'à présent, pendant plus de trois siècles, confondues avec la syphilis par tous les praticiens. Il est étonnant qu'il soit si généralement reçu de traiter comme syphilitique tous les ulcères des parties génitales quels que puissent être leur apparences, leurs caractères et leurs signes distinctifs. Il décrit même *quatre* chancres correspondant vraisemblablement à quatre virus. Et il propose de donner le nom de syphilis au chancre hunlérien seul et aux accidents qui le suivent, et dont d'après lui les plus caractéristiques seraient la syphilide squameuse et l'ulcère excavé des amygdales. Il estime que les affections vé-

nériennes se guérissent sans mercure, mais que la vraie syphilis ne cède qu'à ce remède. D'après lui, la diversité des accidents tiendrait à deux causes, d'abord à l'état général du malade et ensuite à la pluralité des virus.

Nous relevons chez lui beaucoup d'erreurs : ainsi le chancre syphilitique proprement dit (*callous ulcer*) donne naissance à la lèpre, au psoriasis ; l'ulcération sans induration, la gonorrhée donnent des ulcérations à la gorge, une tuméfaction des glandes lymphatiques du cou, etc. Mais il importe de retenir que *pour lui, le chancre induré est seul syphilitique et doit être traité par le mercure* ainsi que les accidents constitutifs, à toutes les périodes de la maladie.

Notons en passant, qu'à cette époque, on était en pleine réaction contre le mercure et que certains allaient jusqu'à nier l'existence de la syphilis comme entité morbide.

A la suite de ses inoculations et des conclusions qu'il crut pouvoir en tirer, Hunter réunit quelques partisans. Ses résultats positifs pour le chancre simple et la blennorrhagie et négatifs pour les accidents syphilitiques secondaires inoculés au porteur, valurent l'adhésion de Ricord à ses théories. Ce dernier voulut à son tour se servir de l'expérimentation et il fit de 1831 à 1837 des inoculations en grand nombre.

Dans cet espace de temps, il réinocula 1049 fois le chancre simple avec succès et réinocula sans succès 518 fois des accidents syphiliques secondaires, tertiaires ou

de transition. Ses résultats étaient donc identiques à ceux de Hunter. Mais par une inconséquence singulière, en même temps qu'il niait comme Hunter, la contagion de la syphilis secondaire et du sang syphilitique, il admettait la transmission héréditaire de la maladie, puis il niait encore la contagion de cette même syphilis héréditaire du nouveau-né à la nourrice !

Au contraire, Benjamin Bell et Swédiaur en Angleterre, Cullerier et Lagneau en France, continuèrent à regarder la maladie comme étant contagieuse à toutes ses périodes. Bien plus, un certain nombre de livres démontrèrent la contagion des nouveau-nés aux nourrices et la transmission héréditaire de la syphilis. (Doublet, Mahon, Bertin).

Pendant ce temps, en Angleterre, Wallace le premier, en 1835, procédait comme il convenait. Contrairement à ce que faisait Hunter, il inocula un individu *sain*. Or les inoculations opérées par lui sur des sujets sains et provenant de lésions secondaires (plaques muqueuses et syphilides pustuleuses) furent *toutes positives*, détruisant les résultats de Hunter. La doctrine huntérienne s'écroulait dès lors par sa base même.

Il y avait eu une méprise grave de la part de l'école huntérienne qui avait pris une maladie pour une autre ! C'est le *chancre simple*, le chancre réinoculable, (sans parler de blennorrhagie), que cette école tenait pour l'accident primitif de la syphilis et qu'elle inoculait la plupart du temps. Elle ignorait comme tout le monde d'ailleurs, que le véritable chancre syphilitique n'était

pas reproductible sur le malade par inoculation, pas plus que les accidents secondaires. La *réinoculabilité*, cette propriété essentielle du chancre simple, ce caractère particulier qui aurait dû lui donner l'idée de la dualité des chancres, elle eut le tort de le confondre, de l'identifier avec le caractère *contagieux* et, partant de là, de déclarer non contagieuses toutes les lésions vénériennes non réinoculables.

Ce qui contribuait à rendre plus profondes les convictions erronées des anti-contagionnistes, c'est que la syphilis débutant toujours par un chancre, quand on avait cru (Lettres sur la syphilis, Ricord 1851) inoculer les accidents secondaires, ce n'était pas un accident de même forme, mais un chancre qui était apparu. Donc *la syphilis* d'après Ricord *commence toujours par un chancre*, par conséquent, *procède exclusivement du chancre, seul contagieux*, et quand on a cru inoculer des accidents secondaires, on a emprunté en réalité, la matière contagieuse à un chancre.

Vinrent ensuite les inoculations de Waller, Vidal, Rinecker, Gibert, Guyenot avec des résultats également positifs. Les convictions les plus solides allaient s'ébranler. Malheureusement personne ne chercha à déterminer la nature de la lésion produite au point inoculé, pas plus les cliniciens que les expérimentateurs.

Ricord dès 1838 bien que partisan *en théorie* de l'unité du principe générateur des chancres reconnaissait qu'il y avait des chancres mous, non suivis d'accidents secondaires et que d'autres au contraire s'indu-

raient et qu'à ceux-là succédaient fatalement les symptômes de l'infection constitutionnelle. *En pratique* il conseillait le traitement local pour les premiers et le traitement mercuriel immédiat pour les seconds.

Certains chancres n'infectent pas, dit-il, parce que leur caractère essentiel est de ne pas créer la diathèse. Pourquoi ? Je l'ignore. Mais le fait est là et je le constate... Oui et mille fois oui, il y a des chancres qui infectent l'économie, tandis qu'il en est d'autres qui ne l'infectent pas, et cela, bien entendu, indépendamment de toute influence thérapeutique. Les uns créent une diathèse, un tempérament morbide : les autres se bornent à une simple lésion locale. Et j'ajoute : Des caractères très précis, des signes matériels, palpables, évidents, qu'on peut interroger de l'œil et explorer du doigt, permettent de distinguer ces chancres presque à leur début... Voilà bientôt vingt-cinq ans que je travaille à signaler, à établir, à caractériser les différences qui distinguent ces deux maladies ! C'est donc avec l'autorité d'une vieille expérience que je puis dire aujourd'hui : le chancre simple est une affection purement locale, qui borne ses effets à la région qu'elle attaque, qui n'a jamais de retentissement général, qui ne s'accompagne jamais d'accidents constitutionnels. En d'autres termes, c'est un chancre qui n'infecte pas l'économie, c'est un chancre sans vérole». *Il avait donc différencié les deux chancres au triple point de vue de la symptomatologie, du pronostic et du traitement.*

Ces idées soulevèrent une opposition très vive et fu-

rent peu acceptées au début. Certains comme Bazin firent quelques concessions : « le chancre simple reste, dans la majorité des cas, un accident local sans retentissement dans l'organisme, mais il peut être suivi, à courte distance, des symptômes d'une syphilis constitutionnelle, régulière, normale ; il est de plus parfois l'accident initial d'une syphilis irrégulière, c'est-à-dire d'une syphilis dont les premières manifestations n'apparaissent qu'au bout d'un temps considérable (deux, trois, dix ans et même plus) et qui consiste dès l'abord en des lésions profondes et circonscrites, telles que les syphilides circonscrites et ulcéreuses, lésions osseuses, etc. »

Au début Ricord mit la différence d'évolution des deux chancres sur le compte, non de la nature du virus, comme le professait Carmichael, mais de la *constitution des malades* ou d'autres causes accidentelles.

Les véritables inoculations syphilitiques, c'est-à-dire celles qui ont été faites avec du virus syphilitique sur des individus sains, datent de 1835 et comme nous l'avons dit, c'est à Wallace qu'en reviennent l'initiative et la responsabilité. C'est là seulement qu'on voit réellement se dérouler les effets du virus syphilitique et non plus ceux du pus de chancre simple ou du muco-pus blennorrhagique.

L'inoculation du virus prélevé sur le chancre primitif, le sang, les plaques muqueuses, les syphides pustuleuses etc. et faites sur diverses parties du corps, et d'une manière différente (friction, scarification, injection, piqûre) a presque toujours été positive.

Après une durée d'incubation qui a été en moyenne de 26 jours (les extrêmes était 10 et 42) on a vu apparaître une lésion qui avait, au grand étonnement des observateurs, toujours l'aspect du chancre primitif induré. On y note seulement la fréquence d'une légère ulcération. On n'y voit pas que le chancre soit différent s'il vient d'une lésion congénitale ou acquise, mais on remarque qu'il se développe plus rapidement s'il a été produit par l'intermédiaire d'une plaque muqueuse.

Le virus, toujours de virulence en apparence égale, est donc diffusible, absorbable, non volatil et immunise le porteur pour toujours ou pour un temps indéterminé, puisqu'il n'est pas réinoculable ainsi que l'ont démontré les nombreuses expériences de Ricord, de Baumès, de Diday, de Rodet, de Rollet, qu'il vienne du porteur lui-même ou d'un autre sujet syphilitique.

A l'époque où Ricord fit ses premières expériences tous les chancres étaient réinoculés et on remarquait que bon nombre ne donnaient pas de résultats. Ne se doutant pas qu'il y eut deux espèces de chancres, il expliquait ses insuccès en disant que dans ces cas, le chancre devait être à la *période de réparation*. Mais bientôt on vit que le chancre induré était néanmoins contagieux à toutes les périodes, et que le virus pouvait même être inoculé pendant une première incubation, avant l'établissement de l'immunité, jusqu'à l'apparition du chancre.

L'inoculation prit pourtant des proportions énormes. Sans compter les 1049 innoculations de Ricord en 6 ans,

nous voyons Spèrino pratiquer à lui seul de 1851 à 1852 des inoculations dites *syphilisatrices* sur 96 individus, chacune comportant l'innoculation de plusieurs centaines de chancres à chaque individu. Lindmann s'en est inoculé à lui même 2200, de même qu'Auzias Turenne, Melchior Robert, Boeck. Bell s'est inoculé dans l'urèthre un chancre simple.

Les syphilisateurs ont aussi inoculé bien des fois du pus de chancre simple à des individus sains ou atteints de maladie non vénérienne, cancer, favus (Sperino), éléphantiasis (Danielssen) et toujours ils ont obtenu le chancre simple et rien que le chancre simple, que le pus ait été inoculé au porteur du chancre ou à un sujet sain, qu'il vienne de l'ulcération primitive ou du bubon chancreux, ou même d'un chancre phagédénique.

Tous les résultats obtenus prouvèrent que la période d'incubation, loin d'être de plusieurs semaines comme dans la syphilis, était de 24 ou de 48 heures seulement. La pustule d'inoculation est réinoculable dès le premier jour de son apparition. La seule précaution à prendre pour que le résultat soit positif, c'est de dépasser l'épiderme avec la lancette. L'épiderme est en effet le protecteur-né de l'organisme contre le chancre qui n'y entre, selon l'expression de Ricord, que par effraction.

En somme on pouvait déjà comparer les différences entre ces inoculations : *d'un côté, incubation prolongée, développement d'une papule, ulcération, induration, non inoculabilité du pus chancreux au malade ; de l'autre, incubation très courte, ulcération en général profonde,*

sans induration, inoculabilité presque indéfinie au malade.

Même à la période initiale, les deux maladies ne se ressemblent nullement.

En 1851, Ricord avec Prieur émit cette idée mère de la doctrine dualiste actuelle, que chacun de ces deux chancres pourrait bien être le produit d'un virus spécial (*Thèse de Prieur, juillet 1851*) : « De toutes mes observations, il résulte que le pus du chancre non induré n'a produit dans sa transmission à des sujets sains, que des chancres sans induration, sans vérole constitutionnelle, et que d'autre part le chancre induré a toujours reconnu pour cause le pus d'un chancre induré ».

Et même antérieurement, en 1850, dans ses *Lettres sur la syphilis*, Ricord écrivait à propos des expériences des syphilisateurs : « Ce qui ressort des observations connues, de Paris ou d'Italie, c'est qu'on a toujours inoculé du pus provenant de chancres non indurés pour produire des accidents analogues, et que la seule fois qu'on a inoculé du pus à Paris provenant d'un accident primitif qui avait déterminé une vérole constitutionnelle, l'individu sain, l'élève sur lequel on a pratiqué l'inoculation a eu un chancre induré et un empoisonnement général. S'il en était toujours ainsi, comme je l'ai déjà dit, *il faudrait arriver à cette conclusion, qu'il peut y avoir des différences dans la maladie qui ne tiennent pas seulement aux conditions de l'individu sur lequel la cause agit, mais bien à des différences de causes.*

La séparation absolue du chancre simple et du chan-

cre syphilitique était contenue en germe dans ces quelques paroles.

Chancre céphalique

Pourtant il y avait un point que Ricord ne parvenait pas à s'expliquer. Nous voulons parler de la localisation de certains chancres.

Sans nous attarder au chancre simple urétral qui servit à répondre à un certain nombre d'objections élevées par les partisans de l'identité du chancre mou et de la blennorrhagie, et pour lequel on finit par reconnaître l'origine chancreuse de l'écoulement, nous nous expliquerons seulement sur la nature presque constamment syphilitique du chancre céphalique.

« Durant vingt-cinq années de pratique, dit Ricord, il ne m'a pas été donné de rencontrer un seul cas bien authentique de chancre simple développé sur la face ou le crâne : et cependant c'est par centaines qu'il me faudrait compter les exemples de chancres céphaliques qui se sont présentés à mon observation. J'en ai rencontré sur toutes les régions de la tête, soit aux lèvres, soit à la langue, aux paupières, au front, aux narines, soit enfin sur des points où leur présence paraît la plus inexplicable, comme au milieu du cuir chevelu. Tous ces chancres appartenaient toujours et comme fatalement à une seule et même espèce, à l'espèce indurée, infectieuse. Ils s'accompagnèrent tous de symptômes d'une vérole constitutionnelle ».

Cette observation est évidemment juste. Elle paraît

des plus déconcertantes au premier abord, mais elle n'est pas rigoureusement exacte.

Pour les unicistes, comme le remarque Rollet, ce n'aurait pu être que par un privilège inhérent à la région céphalique, privilège en vertu duquel elle rendrait infectants tous les chancres greffés sur elle.

Quant aux dualistes, ils n'avaient qu'à faire l'inoculation pour se rendre compte que le chancre mou pouvait se développer là comme ailleurs.

Et si le chancre céphalique devenait infectant par son siège même, il n'y avait pour le contrôler, qu'après avoir inoculé à la tête le chancre simple, le réinoculer de nouveau, au bras par exemple et voir le résultat toujours positif.

L'école de Ricord regardait l'induration du chancre céphalique comme le produit d'une transformation opérée sur le chancre par la région. Elle en faisait une preuve et c'était en réalité un des grands embarras de la doctrine uniciste. « Le chancre est tantôt mou, tantôt induré, disait-on, par le fait de dispositions purement individuelles. Il reste mou tant qu'il n'est pas soumis aux influences organiques qui le rendent induré. Ces influences organiques qui agissent sur le virus comme le terrain sur graine, sont surtout très développées et permanentes à la région céphalique qui rend indurés tous les chancres semés sur elle. Si donc la tête a la vertu d'indurer tous les chancres, n'est-ce pas pour la doctrine dualiste une objection capitale ? »

On aurait pu remarquer aussi que chancre induré ne

prédomine pas seulement à la région céphalique, mais à la règion mammaire (contamination de nourrices par le nourrisson) où il était la preuve évidente de la contagion des accidents secondaires, contagion à laquelle on objectait : « on ne peut donner que ce qu'on a ».

En tous cas, il était certain que comme de nos jours, le chancre simple céphalique ou extra-génital était très rare. Ainsi dans une statistique de Fournierp ortant sur 651 malades de l'un et l'autre sexe, nous ne trouvons que 48 accidents extra génitaux et 3 seulement pour l'extrémité céphalique.

Bien que rare, le chancre simple céphalique existait donc. Ricord citait pourtant quelques cas de chancre de la lèvre, mais il les mettait ensuite en doute.

Depuis, nous avons des cas certains de chancres mous de l'amygdale (Thomachewski 1884), de la langue (Emery et Sabouraud 1896), (Fiocco 1903 du voile du palais, (Grouven 1906) du chancre mixte de la lèvre, (Hoffmann 1905) du chancre simple du pharynx, (Simonescu 1909) de la langue et de l'amygdale, (Gaucher et Druelle 1909, 1910) mais ces cas sont exceptionnels.

Peut-on donner une explication à cette rareté ?

Aubert a constaté que la chaleur de la bouche entravait le développement du chancre mou sur l'amygdale. D'un autre côté, le chancre simple étant souvent multiple, très apparent, douloureux et suppurant transmettra certainement plus rarement par des rapports anormaux que le chancre induré, en général unique et pouvant évoluer sans attirer l'attention. Et puis le chan-

cre céphalique aura souvent pour origine les accidents secondaires de la syphilis si contagieux dont la bouche est le lieu d'élection et où ils peuvent si bien passer inaperçus.

Une autre raison nous est fournie par les expérimentateurs qui ont porté la lancette sur les lèvres, les joues, le menton, etc. (Puche, Bassereau, de Kieff, Rollet, Boeck), ils ont bien réussi à obtenir des chancres simples, mais ils ont remarqué qu'ils s'y développent mal. Boeck a été frappé « de la courte durée des chancres qu'il produisait ainsi et de leur extension minime comparativement aux autres parties du corps inoculées en même temps et de la même manière. »

Quoi qu'il en soit le chancre simple extra-génital existe.

Bassereau (1852) établit la doctrine de la pluralité

Ricord était donc tout près de la vérité en disant que pour le chancre, il y avait peut être des différences de causes, mais il n'osait aller plus loin.

Ce fut son élève Bassereau qui en 1852 franchit la dernière étape dans son traité des *Maladies de peau symptomatiques de la syphilis*, où il défendit nettement la théorie de la pluralité du virus chancreux, pressentie par Carmichael. Mais au lieu de quatre virus comme ce dernier, il n'en admettait que *deux*, se basant sur des considérations historiques et cliniques.

Tout d'abord il montrait que la confusion ne datait que de l'époque où était apparue la syphilis.

En second lieu, il *confrontait* des individus atteints de chancres indurés avec les personnes dont ces individus tenaient leurs maladies. Il fit ainsi 50 confrontations portant sur 120 individus tous porteurs de chancres infectants.

D'autres en assez grand nombre furent empruntées à Diday, Rollet, Fournier, Clerc, Musset et relatées par Dron dans sa thèse en 1856. Mais le champ des confrontations était resté jusque là fort restreint puisqu'on ne se servait que de malades affectés de chancres, lésions seules réputées contagieuses.

L'art de confrontations ne prit réellement son essor qu'avec Rollet, après la démonstration de la contagion des accidents syphilitiques secondaires, car les malades devinrent faciles à trouver. Toujours un chancre induré provenait d'une lésion syphilitique. Il y eut aussi des confrontations naturelles saisissantes, résultant du développement de la maladie dans certaines localités sans être accompagnée de blennorrhagies ni de chancres simples, confrontations saisissantes de clarté et de spontanéité et tout aussi probantes que celles qui avaient été faites intentionnellement. De même les nombreuses observations de nourrices et de nourrissons mutuellement contaminés, de vaccinifères et de vaccinés, de verriers soufflant à la même canne, également infectés les uns par les autres : constatations faciles à faire parce que le mode de transmission de la maladie y était facilement avouable (c'est la *syphilis insontium*).

La syphilis était donc démontrée se transmettant

comme une espèce distincte.

Il restait à faire la même preuve à l'égard du chancre mou. C'est ce qu'ont entrepris Clerc en 1854 et M. Fournier en 1856

Les confrontations de Clerc sont au nombre de quatre et portent sur huit malades. Celles de M. Fournier sont au nombre de vingt et une et portent sur soixante cinq malades. Toujours dans ces cas, on a vu le chancre simple se transmettre dans son espèce. Il exista même plus tard un exemple d'endémo-épidémie de chancre simple qui témoigne parfaitement de l'individualité de la maladie et qui a été observé en Angleterre par Marston dans une batterie d'artillerie (*Royal medical and chirurgical Society, 1862*).

La doctrine du dualisme établie par Bassereau en 1852 et défendue plus tard par Ricord, Fournier et l'école du Midi reposait donc sur les faits suivants : le chancre mou n'est jamais suivi de syphilis, le chancre induré toujours ; le chancre suivi de syphilis pourra plus tard être encore suivi de chancre mou, mais jamais de chancre induré ; la confrontation démontre que le chancre mou naît du chancre mou ; le chancre mou ne confère pas d'immunité ; il est autoinoculable indéfiniment, tandis que le chancre induré présente des caractères absolument opposés.

En somme, c'est à l'aide des confrontations et de l'inoculation que s'est établie la doctrine française du dualisme qui devait plus tard être confirmée par les recherches contemporaines de bactériologie. Le dualisme

allemand, plus tardif (Bacrensprung 1860, Lindwurm 1862, Zeissl, etc.) n'a fait que confirmer les données si nettement fixées de l'école française.

Ricord nia au début l'*incubation* du chancre syphilitique. Par contre Baumès, Cazenave, de Castelnau, citaient nombre de faits cliniques où l'incubation n'était pas douteuse,

Clerc professait en 1855: « le chancre est toujours incubant quand il est infectant, et l'absence de la période d'incubation n'a lieu que pour le chancre qui reste une maladie locale et ne produit pas d'effets diathésiques. »

Plusieurs auteurs dont Bassereau, Buzenet, Melchior Robert, Langlebert, Davasse ont publié des observations où l'incubation semble en effet avoir fait défaut. Mais Rollet en analysant ces cas de près a trouvé qu'il s'agissait là de chancres *mixtes* et que c'était une exception apparente que ces observateurs, presque tous issus de l'Ecole du Midi, s'étaient empressé d'ériger en règle.

D'ailleurs à ce moment, l'incubation syphilitique était tellement en désaccord avec les opinions dominantes qu'on n'en tenait pas compte lorsqu'elle avait manifestement lieu : « Reste à juger, dit Bassereau, si ces longues incubations dont on parle sont réelles et surtout si elles sont aussi fréquentes que le rapport des malades le ferait supposer».

Diday, très préoccupé de la longueur de certaines incubations avait émis cette hypothèse, que les plus longues avaient des accidents secondaires pour origine.

Le Chancroïde (Clerc 1854)

Mais l'idée de la dualité ne fut pas admise immédiatement dans toute sa rigueur ; Et les deux chancres ne furent pas aussitôt complètement séparés, car en 1854, Clerc fit du chancre mou un accident atténué de la syphilis et créa le terme de *chancroïde*.

Pour les partisans de l'identisme, les deux chancres dérivent d'un même principe qui se développe différemment, pour les uns, suivant le terrain, pour d'autres suivant la voie de généralisation par les veines ou les lymphatiques, pour d'autre suivant l'élément du pus absorbé, leucocytes ou sérum. Pour lui le chancre simple est au chancre syphilitique ce que la varioloïde est à la variole ; c'est la même lésion qui s'atténue en se développant sur un terrain déjà syphilisé ; d'où le nom de chancroïde qu'il propose dans le *mémoire lu à la société des sciences médicales de Paris, séante à l'Hôtel-de-Ville de Paris, le 27 octobre* 1854 : Sa communication, tout à fait en rapport avec notre sujet, nous a paru digne d'être citée ici, en partie, et dans les termes mêmes où elle a été faite :

« Le but de ce travail est d'établir :

1° Qu'il existe 2 variétés distinctes de chancres syphilitiques dont l'une est le chancre induré ou infectant : et l'autre le chancre non induré, non infectant ou chancre simple ;

2° Que chacune de ces variétés de l'ulcère syphilitique primitif se transmet comme espèce pathologique ;

3° Que le chancre simple ou non infectant, est le résultat de l'inoculation d'un chancre infectant, à un sujet qui a, ou qui a eu la syphilis constitutionnelle, et qu'il est l'analogue de la varioloïde ou fausse vaccine, d'où la dénomination de chancroïde que nous proposons de lui appliquer....

... Il est d'observation que les malades qui présentent ces chancres durs à la base, donnant lieu à des engorgements ganglionnaires non suppurants, voient plus tard se manifester la syphilis constitutionnelle... Ces chancres sont précédés dans leur développement par une période de temps variable, mais constante qui constitue leur période d'incubation...

Chez d'autres malades, le chancre syphilitique primitif présente moins de régularité dans sa marche et dans sa forme. Au début, c'est bien comme dans la variété précédente, la même ulcération nettement circonscrite à fond grisâtre et comme pseudo-membraneux. Mais à mesure que l'ulcère guérit, sa base ne va pas s'épaississant et s'indurant, et, lorsqu'il est cicatrisé on ne trouve pas dans le point où il siégeait ce disque plastique si caractéristique de la variété précédente. C'est le chancre non induré ou chancre simple.

Le chancre simple s'inocule avec la plus grande facilité, aussi est-il très fréquent d'en observer plusieurs sur le même malade, soit d'emblée soit consécutivement. Les bubons qui accompagnent si souvent cette variété de l'ulcère primitif sont presque constamment phlegmoneux et suppurants, et, caractère plus important encore,

les malades qui sont affectés de cette forme du chancre vénérien ne présentent pas ultérieurement les symptômes de l'infection constitutionnelle.

Le chancre simple n'infectant pas, c'est-à-dire ne produisant pas d'effets diathésiques, n'incube pas. »

La distinction entre les deux chancres est pourtant assez nettement indiquée. On s'étonne qu'après un semblable début, Clerc en arrive à faire du chancre mou un dérivé de l'autre !

« Donc deux filiations de symptômes, à savoir : dans une première catégorie de malades : chancre induré, bubons ne suppurant pas et infection syphilitique consécutive. Dans l'autre catégorie : chancres non indurés, bubons suppurants et pas d'infection constitutionnelle ultérieure... Cette distinction si importante de deux variétés du chancre primitif n'a pu être obscurcie que par des idées de théorie ou de doctrine...

Malgré les suites si différentes de l'une et de l'autre variété du chancre, l'identité du virus syphilitique dans le chancre induré et le chancre simple est un point de doctrine qui fait encore loi, soutenu qu'il est par l'autorité de M. Ricord.

Pour M. Ricord, un chancre s'indure ou ne s'indure pas, c'est-à-dire est infectant ou ne l'est pas, suivant la *prédisposition* du malade pendant la durée du chancre. Si bien que sur un malade portant un chancre induré par exemple, l'inoculation du pus de ce chancre ou de tout autre, faite à ce malade donnerait lieu à un second chancre induré puisque la prédisposition resterait la

même. D'où il pourrait résulter encore que plusieurs individus, tous indemnes d'accidents syphilitiques antérieurs, ayant des rapports sexuels dans un même temps avec une femme affectée d'un chancre d'une variété quelconque, et contractant tous des chancres, leur prédisposition n'étant pas la même, chez les uns les chancres s'indureraient et seraient suivis d'accidents constitutionnels et chez les autres on pourrait n'observer que des chancres simples, non suivis de syphilis généralisée. En d'autres termes, le chancre *est un* à son début, c'est la prédisposition individuelle qui crée la variété.

L'observation des malades nous semble permettre une autre interprétation des faits.

Il n'est pas rare d'observer, dans les hôpitaux spéciaux surtout, des malades dont les premiers chancres sont des chancres non indurés que l'on guérit sans l'emploi d'aucune médication spécifique, et qui ne donnent pas lieu ultérieurement à la syphilis généralisée. Parmi ces malades, quelques-uns s'exposant de nouveau à la contagion contractent, quelquefois peu de temps après leur guérison, un chancre induré bientôt suivi d'accidents constitutionnels. Si la constitution du sujet infecté ou sa prédisposition étaient les causes déterminantes de ce double effet du virus syphilitique, à savoir : non infection dans un cas, infection constitutionnelle dans l'autre cas, observerait-on sur le même sujet, parfois à quelques semaines d'intervalle, des effets si divers du virus chancreux ? Ainsi en 1844, pendant notre internat dans le service de M. Ricord, un malade après un sé-

jour de plusieurs mois à l'hôpital du Midi, nécessité par le traitement d'un chancre simple, sortait complètement guéri. Quelques semaines après, il revenait à l'hôpital avec un chancre induré qui fut suivi d'accidents constitutionnels.

Ce fait d'un malade présentant dans une période de temps fort courte les deux variétés de l'ulcère syphilitique primitif, la lecture de ceux rapportés par B. Bell, dans lesquels une même femme avait communiqué à plusieurs individus et dans le même temps des chancres de même forme, ces observations disons-nous, nous avaient fait soupçonner dès cette époque (1844) que le chancre pourrait bien se transmettre dans sa variété. L'examen des malades nous a, depuis lors, pleinement confirmé dans cette opinion. Pour nous, un malade a un chancre infectant ou un chancre simple, non à cause de telle ou telle prédisposition inconnue, mais simplement parce qu'il s'est exposé à la contagion d'un chancre de même espèce.

Suivent plusieurs observations montrant que lorsqu'on a pu contrôler la source de la contagion, on a toujours vu qu'un chancre induré avait été inoculé par le contact d'un chancre induré, un chancre mou par le contact d'un chancre mou. « Aucun fait soumis à notre observation, depuis bientôt quatre ans que nos recherches sont dirigées sur ce point, n'est venu infirmer cette importante loi de la transmission du chancre dans ses variétés. »

Un de nos confrères, M. le Dr Bassereau est arrivé

de son côté aux mêmes conclusions. Mais ne s'expliquant pas, et l'origine et les effets négatifs quant à l'infection constitutionnelle du chancre non induré, il en a conclu que le chancre simple était tout à fait étranger à la syphilis. Et comme pour mieux différencier ces deux ulcérations, il admet que le chancre simple est l'ulcère contagieux d'organes génitaux, connu et décrit par Celse, Galien, etc., tandis que le chancre induré ou infectant est d'origine moderne comme la syphilis elle-même.

Nous pensons, contrairement à cette opinion que le *chancre simple non infectant est bien un chancre syphilitique et qu'il est le résultat de l'inoculation du virus du chancre infectant à un sujet qui a ou qui a eu la syphilis constitutionnelle, c'est-à-dire qu'il est l'analogue de la varioloïde et de la fausse vaccine.*

L'existence de deux variétés du chancre syphilitique étant reconnue, leur transmission comme espèce pathologique étant admise, il nous reste à établir que l'une de ces variétés, le chancre simple, est le résultat d'une réinoculation du virus syphilitique aux sujets qui ont ou qui ont eu la syphilis constitutionnelle, comme la varioloïde, par exemple, est le produit d'une inoculation ou d'une infection itérative chez un sujet qui a eu déjà la variole. Mais dans ces inoculations itératives, l'action du virus reste locale, ce qui est la conséquence de la loi d'unicité d'infection dont nous venons de parler. Sur le varioloïde, le virus varioleux inoculé fait naître la varioloïde ; sur le vacciné, la revaccination produit la fausse vaccine. Il est donc bien établi que la variole et la vac-

cine modifient leur propre virus, et qu'il en résulte deux affections nouvelles, la varioloïde et la fausse vaccine. Les nombreuses analogies qui existent entre les maladies d'un même ordre nosologique auraient dû faire penser que pareil phénomène se produisait peut-être dans la maladie syphilitique, c'est-à-dire que les sujets qui ont subi une première atteinte de syphilis constitutionnelle, et qui s'exposent de nouveau à la contagion du virus chancreux, modifient ce même virus en créant un produit hybride, analogue à la varioloïde et à la fausse vaccine, d'où la dénomination de chancroïde que nous proposons de lui appliquer. »

Suivent des faits montrant que les sujets syphilitiques qui s'exposent de nouveau à la contagion n'ont plus que des chancres simples et que même les autoinoculations de chancres syphilitiques n'avaient reproduit que des chancres mous.

Dans ce dernier cas, Clerc avait évidemment été trompé par un chancre qu'il avait diagnostiqué syphilitique et qui en réalité était mixte. Ainsi selon lui le chancroïde n'est autre chose que le chancre simple avec ses qualités et notamment sa réinoculabilité qu'il possède à un si haut degré et qu'un accident syphilitique dégénéré, atténué ne saurait avoir.

Le chancre simple dont l'individualité est si nette, si évidente au point de vue historique, expérimental et clinique, devient maintenant un dérivé de la syphilis comme jadis on fit naître celle-ci de la morve, de la lèpre ou du bubon !

Et pourtant Clerc nous fait remarquer encore : « Il est d'une extrême importance de ne faire qu'avec réserve des inoculations de virus chancreux d'un malade à un autre. En effet, si un malade n'a qu'un chancre simple, non infectant par exemple, en l'inoculant avec le pus du chancre d'un autre malade, on peut lui communiquer un chancre infectant, si ce malade porte un chancre de cette variété, et par suite lui donner la syphilis constitutionnelle qu'il n'aurait pas eue ! »

Pour admettre une pareille théorie, Clerc était obligé de regarder le chancroïde comme un accident postérieur aux premières manifestations du virus syphilitique : « Il a fallu, dit-il, pour le créer et le multiplier, des sujets à diathèse syphilitique, comme il faut des variolés et des vaccinés pour faire de la varioloïde et de la fausse vaccine. Les premiers médecins qui ont observé la syphilis n'ont donc pas dû connaître le chancre simple et sa complication si fréquente, le bubon suppuré. » Or Marcel de Come, qui a écrit avant 1500, dit avoir traité une infinité de bubons causés par des chancres vénériens ainsi que tous les auteurs antérieurs à cette époque. Et comme le fait remarquer Dron dans sa thèse sur le *Double virus syphilitique*, en 1856, si les chancres simples ne sont qu'une dégénérescence des chancres infectants, ces deux sortes d'accidents ont dû suivre une marche inverse quant à leur degré relatif de fréquence ; les chancres simples devenir de plus en plus nombreux ; les infectants de plus en plus rares. Or, ce fait n'était constaté nulle part et si quelques auteurs prétendaient

que la syphilis constitutionnelle diminuait de gravité, aucun ne notait une diminution dans sa fréquence.

Inoculation du chancre aux animaux, à l'homme. Les syphilisateurs (1850) Auzias Turenne. Sperino (1850)

Non seulement la pratique de l'inoculation s'était exercée sur des hommes, mais on avait essayé d'inoculer des animaux. « Il m'est arrivé souvent, dit Hunter, de tremper de la charpie dans le pus d'une gonorrhée, d'un chancre ou d'un bubon et de l'introduire dans le vagin d'une chienne sans produire aucun effet. J'ai fait la même expérience sur des ânesses sans plus de résultat. J'ai placé inutilement aussi de la charpie imbibée du même pus sous le prépuce des chiens : j'ai même pratiqué des incisions, afin de porter le pus au-dessous de la peau et il n'en est résulté qu'une plaie ordinaire. Je ne connais aucun autre animal que l'homme qui soit susceptible de l'irritation vénérienne ».

Ricord avait fait les mêmes expériences sans plus de succès. Quand en 1844, dans un mémoire adressé à l'Académie des sciences, Auzias Turenne annonça qu'il avait réussi à produire des chancres sur des singes, des lapins, des chats et des chiens ; mais Cullerier et de Castelnau essayèrent sans succès.

En 1850, Robert de Weltz, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Würtzbourg, tenta l'inoculation du pus chancreux successivement de l'homme à l'animal et de l'animal à l'homme. Il prit du pus de chan-

cres qui avaient été inoculés à un singe et à un chat et se fit à lui-même quatre inoculations sur le bras. Quatre fois il obtint le chancre avec tous ses caractères. Il laissa les ulcérations se développer pendant dix jours, après quoi il les guérit par des cautérisations répétées. L'année suivante Diday s'inocula sur la verge le pus d'un chancre qu'il avait fait développer artificiellement sur l'oreille d'un chat. L'inoculation fut suivi d'un chancre qui, n'ayant pas été assez cautérisé, devint phagédénique et donna naissance à un bubon qu'on dut ouvrir.

M. Basset à l'Antiquaille (1860) fit de nouveaux essais : « Toutes les fois, dit-il dans sa thèse, que j'ai inoculé du pus du chancre simple aux animaux, j'ai obtenu un ulcère de forme et dimensions variables, mais présentant toujours pour caractère pathognomonique de pouvoir s'inoculer de nouveau autant de fois qu'on le désire au porteur ou à tout autre animal sans excepter l'homme... Mes inoculations syphilitiques ont ont été plus nombreuses que mes inoculations de chancres simples et pourtant, malgré tous les soins que j'ai apportés à ces dernières expériences, je n'ai jamais pu obtenir de résultat positif ».

Auzias Turenne et après lui d'autres expérimentateurs avaient donc réussi à inoculer le chancre aux animaux, mais ils croyaient avoir réussi à leur transmettre la syphilis. Le chancre réinoculable fut réinoculé par lui à plusieurs reprises et voici ce qu'il remarqua :

« Quand on communique, dit-il, à un animal des

chancres successifs par inoculation, quelle que soit la distance qu'on mette dans leur succession ou de quelque manière qu'on les combine, le premier chancre se manifeste plus vite, devient plus large, fournit plus de pus, s'accompagne d'une inflammation plus grande et enfin dure plus que le deuxième. Celui-ci est au 3e ce que le 1er est au 2e et ainsi de suite jusqu'à ce que l'animal ne puisse plus en contracter aucun. Cet animal se trouve ainsi vacciné contre la syphilis... Je désigne cet état par le mot de *syphilisation.* » (*Académie des sciences, 18 nov, 1850*).

C'est un état de l'organisme, dit-il, dans lequel celui-ci n'est plus apte à subir l'évolution de la syphilis, par suite d'une sorte de saturation syphilitique.

Dans cette lettre, il confirme sa découverte de 1844 sur la possibilité d'inoculer la syphilis aux animaux et relate le fait de Robert de Weltz qui s'était quatre fois soumis à l'inoculation du pus de chancres transmis à un singe et à un chat, avec résultat positif. Et il annonce le phénomène de l'immunité acquise contre le virus syphilitique par l'inoculation d'une succession de chancres. Il exalte alors l'héroïsme de Robert de Weltz, mais tient toujours secrète l'expérience qu'il a faite sur lui-même et dont les cicatrices que présente sa poitrine pourraient affirmer le succès. Malgré les railleries dont il est l'objet, il attend sa mort pour faire les révélations et les démonstrations de son expérience personnelle dans son testament où il demande qu'on fasse son autopsie parce qu'il est « *le plus ancien syphilisé du mon-*

de ». Malgré l'erreur capitale d'où naquit la syphilisation, on ne peut que rendre hommage à l'héroïsme sans ostentation et sans faiblesse dont il fit preuve par dévouement scientifique, gardant toujours son secret malgré les calomnies et les injures si imméritées.

Comme il confondait le chancre simple avec la syphilis, le phénomène observé par lui chez les singes et qui est un phénomène d'immunité à l'égard du chancre simple, fut regardé tout naturellement comme un phénomène d'immunité à l'égard de la syphilis. Ainsi est née la *syphilisation*, à la suite d'expériences positives, mais à une époque de confusion avec un nom qui est un contre-sens (Rollet).

C'était à la fois une méthode *curative et prophylactique*, appelée à une assez grande vogue, car on était alors en pleine réaction contre le mercure. En France elle fut d'abord condamnée par l'Académie de Médecine et l'Administration qui lui refusa toujours l'autorisation de faire ses expériences à St-Lazare sur les femmes qui accepteraient son intervention, mais elle fut appliquée à Turin par Sperino, à Bologne par Gamberini, à Vienne par Sigmund et surtout par Boeck à Christiania où elle fit ses preuves, encouragée par les Gouvernements. Chez nous, ces idées sont travesties, et au nom de la morale, on l'accuse de favoriser la débauche. « Si les médecins que j'ai syphilisés ouvraient la bouche, écrit-il à un ami en 1863, la syphilisation serait partout triomphante ; mais ils se taisent ; le mariage est là avec son cortège d'impitoyables préjugés ! »

La syphilisation, comme nous l'avons dit, consistait dans le principe à inoculer des chancres aux animaux, chancres simples bien entendu puisqu'il résultait de l'expérimentation que le chancre syphilitique ne leur était pas inoculable ; les inoculations pouvaient être répétées un nombre illimité de fois sur le même animal : mais à un moment donné on s'arrêtait, parce qu'on n'obtenait plus de résultats positifs : l'animal était dit *syphilisé*.

Tout d'abord on a pratiqué la syphilisation dite *préservatrice* : On voulut préserver de la syphilis à force d'inoculations chancreuses, et comme en inoculant le chancre simple, on croyait inoculer le virus syphilitique, on pensait agir sur l'organisme *par saturation*, en le *vaccinant*.

On pratiquait sur le sujet une ou plusieurs inoculations : la première série de chancres ainsi obtenus fournissait du pus pour une autre série de réinoculations ou seconde génération de chancres. On procédait ainsi à une suite d'inoculations successives sur le même individu jusqu'à ce que, de générations chancreuses en générations chancreuses, on arrivât au bout de 2, 4, 6 mois etc. à avoir communiqué au patient assez de chancres pour qu'il fût impossible de lui en donner un de plus. Comme l'animal de tout à l'heure le sujet était dit *syphilisé*.

Non seulement Auzias Turenne s'appuyait sur des expériences, mais il attirait l'attention sur des faits qu'il regardait comme une syphilisation naturelle :

« Ainsi, disait-il, les femmes sont moins sujettes à la

vérole que les hommes. Pour les prostituées, c'est la syphilisation qui est leur rempart contre le mal vénérien, au grand bénéfice de leur santé et de la santé publique ; sans cela, répéterait-on si souvent que ce sont les femmes honnêtes qui donnent la vérole ?

De même, beaucoup de praticiens, entre autres Fallope et Van Swieten ont remarqué avec étonnement que des galériens se sont guéris de la vérole sans traitement, Certes, si la syphilisation produite par l'immoralité la plus déréglée pouvait se produire quelque part, en Italie du temps de Fallope, et en Allemagne au temps de Van Swieten, c'était bien certainement dans les prisons de forçats ! »

Enfin, terminait-il, le peuple admet qu'il faut propager la vérole pour la détruire. Les proverbes s'ils sont des préjugés souvent, sont aussi quelquefois la sagesse des nations !

Cette immunité si tant est qu'elle arrivait à se produire ne persistait pas, car on a vu des individus réfractaires pendant quelques temps à l'inoculation redevenir plus tard aptes à recevoir de nouveaux chancres et surtout, cette immunité n'était pas constante, car pour l'acquérir, il fallait parfois aller si loin que le docteur L..., après s'être inoculé 2.200 chancres, n'y parvint pas. Auzias Turenne disait alors que le sujet manquait de *syphilisme*, c'est-à-dire d'aptitude à être syphilisé. Le chat par exemple a plus de syphilisme que l'homme, parce qu'il est plus vite syphilisé. Un sujet a d'autant plus de syphilisme qu'il lui faut moins de chancres pour

être syphilisé. Le syphilisme de celui qui est soumis aux inoculations successives augmente donc en proportion des progrès que fait chez lui la syphilisation.

Et qu'était donc cette prétendue immunité ? Immunité seulement contre le chancre simple en tous cas, car telle était en effet la grande méprise de la syphilisation qu'elle prétendait inoculer et réinoculer du virus syphilitique alors qu'elle n'inoculait et ne réinoculait que du pus de chancre simple : et surtout elle croyait produire un effet général quand elle ne produisait qu'une lésion locale.

D'ailleurs, de même qu'il parle de la syphilicité de certaines blennorrhagies Auzias Turenne ne parle-t-il pas « de la prophylaxie et de la curation du cancer par la syphilisation » en 1847 ?

Malgré toutes ces erreurs capitales, Sperino avoue pourtant que, comme les autres syphilisateurs, il n'a jamais obtenu que la pustule ecthymateuse du chancre simple, apparaissant d'emblée, sans incubation, en un mot ce que Ricord appelait avant eux la *pustule caractéristique* : mais disait-il, « lorsqu'on la conduit suivant les règles tracées par l'expérience, on peut avancer avec certitude que la syphilisation est non seulement sans danger, mais qu'elle détermine une grande amélioration dans l'état général du syphilisé. En effet, j'ai toujours vu l'organisme s'améliorer à mesure que les inoculations se multipliaient, lorsqu'il ne se développait aucune complication capable de faire passer les chancres artificiels au phagédénisme : et lorsque les piqûres

ne donnent plus naissance qu'à des pustules abortives ou restaient sans effet, la santé des sujets syphilisés se rétablissait entièrement... Tous les sujets, sur lesquels on a dû faire un grand nombre d'inoculations continuent à jouir d'une santé excellente ».

Après la syphilisation *préservatrice* qui ne tarda pas à être abandonnée par ceux-là même qui s'étaient montrés tout d'abord ses plus ardents défenseurs, vint la syphilisation *curative* : on crut pouvoir guérir la vérole comme on avait eu la prétention de la prévenir. On cita des faits où tous les ulcères syphilitiques et non syphilitiques sont encore confondus.

Quant à la théorie, c'était toujours celle de la saturation. En inoculant des chancres en grand nombre, on prétendait saturer l'organisme du virus syphilitique : on pensait guérir la vérole par la vérole en vertu d'une action générale dite isopathique.

Pour donner une idée du nombre d'inoculations que le traitement comportait, disons que Sperino à lui seul, a « syphilisé » 96 individus en deux années seulement : chacun de ces individus a été couvert d'un nombre considérable de chancres simples, puisqu'il est arrivé à l'opérateur, exceptionnellement il est vrai, d'en inoculer jusqu'à 80 dans la même séance à la même personne.

Dans les expériences de Boeck, le nombre des chancres inoculés au même individu a été en moyenne de 344 à 345 ; chez beaucoup il a dépassé 700 ; le plus petit nombre est de 96. (*Recherches sur la syphilis*. Christiania, 1862).

Faye, Hjort, Danielssen, Bidenkap, Melchior Robert ont multiplié les inoculations, dans un but thérapeutique il est vrai, au-delà de toute mesure.

La pratique de l'inoculation successive d'un très grand nombre de chancres au même individu, a permis de constater les deux faits annoncés dans le principe par Auzias, à savoir l'amoindrissement progressif des chancres inoculés qui arrivent parfois à n'être plus que des pustules abortives et, plus rarement il est vrai, la stérilité finale des inoculations cessant de donner des résultats positifs et accusant ainsi une sorte d'immunité acquise par le patient.

La plupart des syphilisateurs ont reconnu qu'il y avait deux moyens d'obtenir des chancres d'inoculation relativement petits : le premier consistait à faire dans la même séance un très grand nombre d'inoculations (40 à 60), l'autre à en provoquer un moins grand nombre chaque fois, mais à les faire à intervalles de temps très rapprochés, c'est-à-dire tous les jours ou tous les deux jours.

Les chancres deviennent surtout petits et de courte durée vers la fin de l'expérience, quand le malade est déjà porteur d'un grand nombre d'ulcérations. Bien plus, la pustule d'inoculation peut ne pas s'ouvrir et faire son évolution sans avoir revêtu les caractères extérieurs d'un chancre. « Ces pustules offrent, dit Sperino, une espèce d'ébauche des principaux caractères des chancres qui ont fourni le pus. Si on vient à les ouvrir, pour les étudier ou pour tout autre motif, on

verra un tout petit ulcère qui rappelle parfaitement le chancre, il parcourra de même toutes les périodes de progrès, de transformation et de cicatrisation, mais beaucoup plus rapidement. Le peu de pus qu'il fournira pendant la période de progrès sera aussi virulent que celui d'un chancre vingt fois plus étendu. »

Au contraire Auzias a prétendu que le pus emprunté à ces petites pustules ne produisait à l'inoculation que de petits chancres se cicatrisant vite. Il le considère comme du pus *faible*, eu égard au pus *fort* qui provient de chancres bien développés et tels qu'on en observe parfois par exemple chez les conscrits, dit-il, qui contractent la maladie pour la première fois. Il avait même cru pouvoir obtenir à volonté du pus faible et du pus fort : du pus faible en inoculant la même matière au même individu jusqu'à production de pustules abortives ; du pus fort en transportant au contraire la matière contagieuse d'un individu en voie de syphilisation chez un autre individu vierge d'inoculation chancreuses, puis chez d'autres sujets dans les mêmes conditions. Il pense que le pus chancreux transplanté comme une semence sur un terrain neuf s'y regénère.

Toutefois l'amoindrissement progressif du chancre d'inoculation n'est pas constant. On a vu des pustules chancreuses, même sur des sujets soumis à des inoculations déjà très nombreuses devenir phagédéniques.

L'immunité complète a été, de l'aveu des syphilisateurs très rarement obtenue. Melchior Robert avait

renoncé à la fin, à faire plus de 30 à 40 inoculations en tout au même individu. Même dans les cas rares où on dit l'avoir obtenu, cette immunité parait n'avoir pas toujours été générale, ni absolue, ni permanente.

Faye prétendit que les couches superficielles seules de la peau avaient acquis l'immunité et que le tissus cellulaire sous-cutané persistait à être toujours réinoculable.

L'immunité qui n'est parfois que partielle, n'est parfois aussi que relative. Les syphilisateurs ont en effet remarqué qu'un individu pouvait être réfractaire au pus chancreux d'une certaine provenance et ne pas l'être au pus d'une autre provenance, doué apparemment d'une plus grande activité que le premier. Enfin cette immunité n'est pas permanente. Le docteur Laval qui avait été tenu pour syphilisé par Auzias, a pu être réinoculé avec succès par Ricord. Il en a été de même chez plusieurs femmes que Sperino avait trouvées réfractaires une première fois à l'inoculation et à qui il a pu inoculer ultérieurement de nouveaux chancres.

D'ailleurs, nous dit Rollet, cette immunité a souvent été constatée par des moyens d'épreuve employés prématurément ou défectueux. Dans les six cas où Boeck l'a obtenue, on n'a pas la preuve qu'elle fut durable : dans un seul de ces six cas, il s'était déjà écoulé trois mois depuis la fin des réinoculations, lorsqu'on fit sur le malade un dernier essai sans résultat : dans les cinq autres, il n'y eut que 25, 17, 12, 70 et 40 jours entre la fin de la cure et l'inoculation probatoire. D'un autre côté, comme il s'agit presque toujours dans ces expériences

d'inoculations chancreuses faites sur des sujets syphilitiques, pour savoir si l'immunité est réelle, il faudrait qu'il fut bien spécifié qu'on a fait l'épreuve avec du pus de chancre simple et non avec du pus de chancre syphilitique, ce que n'ont pas distingué les syphilisateurs. Ils n'étaient par dualistes et c'est précisément ce qui a mis tant d'obscurité dans leurs théories et de singularité dans leurs prétentions. On a vu quelle idée Auzias avait de cette immunité. Il croyait qu'avec elle on était à l'abri de toutes les maladies vénériennes, de la syphilis comme du chancre simple. Ceux qui ont expérimenté après lui ont eu les mêmes illusions.

En opérant, comme ils le faisaient dans la plupart des cas, sur les sujets syphilitiques, il n'y avait en général, il est vrai, pas d'affection nouvelle à redouter. Mais on se demande comment ceux qui ont inoculé des sujets sains ou ayant d'autres maladies que la syphilis, ne se rendaient pas compte des dangers auxquels ils les exposaient avec des inoculations faites de toutes les espèces de chancres indistinctement. Car nous ne manquons pas d'exemples de syphilis contractées de cette façon. Le docteur Lindmann de décembre 1850 à janvier 1851 se faisait tous les 5 jours une inoculation de pus chancreux comme essai de syphilisation : jusque-là rien de grave, l'ulcération se développe rapidement, mais le 8 juillet suivant, il prit la matière contagieuse sur l'amygdale d'un de ses amis en pleine syphilis. Il s'étonnait de n'obtenir aucun résultat quand le onzième jour se développe sur le point inoculé une papule grosse comme

la tête d'une épingle, d'un rouge rosé et d'une dureté remarquable. Vers le quinzième jour, la papule s'étant étendue, devint croûteuse et 45 jours après, arrivèrent les accidents secondaires.

Il en a été de même chez le docteur Warnery. Il s'était inoculé 13 chancres simples quand une inoculation faite le 13 février 1852 ne donna naissance au chancre que 23 jours après, suivi plus tard d'éruption secondaire.

Nombreux en effet furent les médecins qui honorèrent la science en prenant leur propre personne pour sujet d'étude et d'observation.

Même résultat entre les mains de Danielsen. Chez un lépreux à qui il avait inoculé à partir du 25 avril 1857, 287 chancres simples sans amener aucun symptôme d'infection générale, un chancre syphilitique fut inoculé le 28 septembre de la même année. Cette fois l'inoculation fut suivie d'accidents syphilitiques primitifs puis d'accidents secondaires qui éclatèrent le 5 janvier 1858.

C'était pourtant bien la preuve de la dualité chancreuse ; comment donc les gens avertis qui observaient ces différences persistaient-ils à ne pas admettre les théories de Bassereau ?

Fournier (1860)

En 1860, voici les conclusions que nous expose A. Fournier dans son *traité sur la Contagion syphilitique*.

1° Transmission du chancre simple.

Le chancre simple de sujets vierges de syphilis se transmet aux sujets vierges de syphilis sous forme de chancre simple,

Le chancre simple se transmet aux sujets syphilitiques sous forme de chancre simple,

2° Transmission du chancre infectant.

Le chancre infectant peut reconnaître une triple origine :

a) Ou bien c'est un *chancre analogue* qui lui a donné naissance, *c'est-à-dire un chancre induré suivi d'infection constitutionnelle* sur le sujet qui a transmis la contagion,

b) Ou bien il reconnaît comme ascendant un *chancre à base molle, developpé chez un sujet qui antérieurement à cette nouvelle contamination, subissait l'influence de la diathèse syphilitique, c'est-à-dire avait contracté antérieurement un chancre syphilitique,*

c) Ou bien enfin il dérive par contagion d'un *accident de syphilis consécutive*, accident dont il nous faudra plus loin discuter avec soin la forme et la nature.

Je n'ai jamais vu que chaque variété de chancres ne se transmette pas isolément : il n'y a pas croisement d'espèces.

Je n'ai jamais vu le chancre infectant dériver d'une blennhorragie simple.

La diathèse syphilitique ne se double pas.

Le chancre induré ne récidive pas ou tout au moins l'induration ne récidive pas.

Suivent des observations de sujets syphilitiques non douteux ayant contracté longtemps après des chancres à base molle : ces derniers chancres ont été transmis tantôt sous forme de chancres simples non suivis de vérole, tantôt mais plus rarement sous forme de chancre induré suivi de syphilis constitutionnelle.

D'où il résulte qu'un sujet vérolé, contractant un nouveau chancre peut encore transmettre la vérole.

Voici ensuite un fait intéressant observé par le docteur Maratray, de Nevers : « Deux jeunes gens ont commercé le même jour avec une même femme affectée de chancre induré et chez laquelle se développèrent consécutivement des accidents de syphilis constitutionnelle. L'un d'eux se trouvait, à cette époque, sous le coup d'une infection syphilitique antérieure. Il contracta avec cette femme un chancre à base molle qui subit la déviation phagédénique. Le second, vierge de tout accident syphilitique antérieur, prit un chancre induré, lequel s'accompagna de pléiade ganglionnaire caractéristique et fut suivi d'accidents constitutionnels de la syphilis.

Il est presque d'accord avec M. Nadaud pour dire : « le pus du chancre induré ne s'inocule pas sur le terrain diathésé qui l'a fourni. Je vais même plus loin encore : malgré le petit nombre de faits que je possède à cet égard, *je crois que le pus du chancre infectant, lors même qu'il provient d'une source étrangère, ne s'inocule pas davantage sur un terrain diathésé.* »

Il admet que le chancre infectant puisse être produit

par un accident de syphilis consécutive, *tout en s'étonnant qu'un accident secondaire puisse donner naissance à un accident primitif.*

Il examine ensuite les cas appelés de *contagion médiate*, c'est-à-dire de chancres venus par des rapports avec une personne saine et chez laquelle l'attention la plus scrupuleuse ne fait absolument rien découvrir qui ait pu donner lieu à la contagion. Tout en reconnaissant que les médecins font de ce mode de contagion souvent une « hypothèse aventureuse », il l'admet en disant que dans ces cas la personne saine a servi d'intermédiaire avant pris le virus tout récemment d'une troisième personne, sans avoir contracté la maladie et ayant pu le transmettre pendant un temps très court.

Enfin il nous rappelle que les idées de M. Ricord qui faisait dépendre du sujet seul, les différences d'évolution des accidents consécutifs aux chancres, sont maintenant de plus en plus ébranlées : « J'adoptai, dit M. Ricord, (*Leçons sur le chancre*) et je soutins longtemps cette doctrine ; je dois avouer aujourd'hui que le temps et l'observation ont ébranlé sur ce point mes opinions premières. Après avoir trop accordé à la puissance modificatrice du terrain, j'en suis venu à cette conviction qu'*il faut également faire à la graine sa part d'influence* : en d'autres termes, et sans vouloir néanmoins m'engager sur ce point d'une façon absolue, j'admettrais volontiers qu'un chancre prend telle ou telle forme, non pas seulement à cause de certaines dispositions particulières à l'individu qui le contracte, mais encore en raison de la

source à laquelle il a été puisé, en raison, si vous voulez me permettre ce mot du chancre qui lui sert d'ascendant ».

Chancre mixte (Rollet 1860). **Chancre mixte artificiel. Chancre mou des syphilitiques. Véroloïde et secondes Véroles** (Diday 1862).

Malgré cette dualité, les virus syphilitique et du chancre simple sont-ils neutralisés l'un par l'autre? Autrement ces deux maladies peuvent-elles coexister sur la même lésion? C'est ce que nous allons maintenant exposer.

En 1855, Clerc annonça le premier que le chancre syphilitique n'était pas inoculable à un autre sujet portant un chancre analogue ou atteint de syphilis constitutionnelle (*communication à la Société de chirurgie*, 30 oct. 1855.

En 1856, M. Fournier fit l'expérience et en examinant les résultats semblables fournis par Puche, Poisson, Nadaud, il arriva à cette conclusion que le chancre induré n'est pas inoculable au malade plus de deux fois sur cent. Ricord expliquait ce fait en disant que le résultat était négatif quand le chancre était à la *période de réparation*.

Rollet en 1855, à l'Antiquaille, fit les mêmes inoculations avec Basset et Laroyenne et trouva le chancre induré réinoculable six fois sur cent.

Préoccupé de cette exception, il analysa les vingt-quatre cas connus d'inoculation syphilitique et les milliers de cas d'inoculation du chancre simple et, se ba-

sant sur les différences des périodes d'incubation et sur l'aspect clinique de la lésion, il émit en 1860 cette hypothèse que ces exceptions pourraient être mises sur le compte d' « hybrides ». « On voit donc, conclut-il, cette chose remarquable, le chancre simple et le chancre induré rester encore distincts, alors même que le hasard les a superposés. »

L'inoculation du chancre simple et de la syphilis sur la même lésion offre un intérêt tout particulier.

Elle a été pratiquée de trois manières différentes, les trois seules possibles : on a inoculé dans une même piqûre un mélange de virus syphilitique et de chancre simple ; on a inoculé du virus syphilitique à la surface d'un chancre simple ; on a enfin inoculé du pus de chancre simple à la surface d'une lésion syphilitique et notamment sur le chancre syphilitique primitif.

On doit à Melchior Robert la seule expérience bien faite, vraiment concluante dans laquelle on ait *inoculé simultanément dans la même piqûre un mélange de virus syphilitique et de pus de chancre simple.* (*Considérations sur l'auto-inoculation du chancre infectant* (1862). Cette expérience est digne à tous égards de prendre rang à côté de celle de Hunter dans laquelle un mélange de virus syphilitique et de muco-pus blennorrhagique fut inoculé.

Or, qu'a produit cette inoculation ? Elle a produit, ce qui était facile à prévoir, les effets réunis du pus de chancre simple et du virus syphilitique, c'est-à-dire qu'un chancre simple s'est montré de suite au siège de

l'inoculation, sous forme de pustule chancreuse développée sans incubation ou à peu près ; puis après une incubation de vingt-trois jours, le chancre syphilitique est apparu sous le chancre simple avec son induration caractéristique, et un peu plus tard, environ six semaines après le début de l'accident primitif, sont venus les accidents secondaires, une angine et une syphilide papuleuse confluente. Les deux virus n'ont donc pas été neutralisés l'un par l'autre, et ont été aussi actifs que s'ils avaient été inoculés séparément. Maratray a fait une inoculation du même genre (*Thèse de Paris* 1854). Danielssen a fait de même (Boeck, *Recherches sur la syphilis* 1862 et leurs expériences ont eu le même résultat.

L'inoculation mixte a été faite d'une autre manière: *du virus syphilitique a été porté sur la surface d'un chancre simple*. C'est à Lindwurm que nous devons cette expérience.

Le chancre simple sur lequel le virus syphilitique a été déposé n'a été pour ce dernier qu'une surface absorbante, en quelque sorte toute préparée pour le recevoir sans l'altérer, une plaie d'inoculation comme toutes les autres, au fond de laquelle il s'est développé régulièrement. Il y a eu une incubation de quatre semaines pendant lesquelles le chancre simple pansé méthodiquement a eu le temps de se cicatriser. Le premier effet du virus syphilitique s'est manifesté immédiatement après, dans la cicatrice même du chancre qui est décrite comme saillante, rougeâtre, et rappelant assez bien la

lésion papulo-tuberculeuse que les expérimentateurs ont notée la plupart du temps comme marquant le début de l'accident primitif dans les inoculations syphilitiques dont il a été quèstion plus haut. Cette saillie rougeâtre, d'abord assez étendue, a pris peu à peu plus de développement. Au bout de huit jours, au dire de la malade, elle s'est ulcérée, elle a suppuré et trois mois après, revue par l'inoculateur, elle ressemblait selon son expression, à un condylome sec. En d'autres termes, la papule initiale n'avait pas tardé à devenir un chancre, lequel avait subi à la longue la transformation *in situ* en tubercule muqueux, comme on l'observe assez souvent chez la femme. Les accidents secondaires n'ont pas fait défaut, car la malade au moment de sa rentrée à l'hôpital avait des plaques muqueuses aux parties génitales et un exanthème maculeux sur la poitrine et le bas-ventre.

Enfin on a pratiqué l'inoculation mixte en *déposant du pus de chancre simple sur une lésion syphilitique et principalement sur le chancre induré.* Autant il est dangereux de faire l'expérience suivant les modes qui précèdent, autant il l'est peu d'inoculer le chancre simple à un sujet syphilitique et notamment de greffer ce chancre sur une lésion syphilitique consécutive ou primitive. Cette dernière expérience a été bien souvent pratiquée à l'Antiquaille et elle n'est pas moins inoffensive que la réinoculation du chancre simple, telle que l'ont si largement pratiquée Huntér et surtout Ricord et à leur exemple, tous les syphilisateurs.

En faisant l'inoculation du chancre simple sur un

syphilitique, mais sur un point dépourvu de lésions syphilitiques apparentes, on obtient un chancre simple dont les caractères physiques n'ont rien de spécial.

En choisissant comme règle de l'inoculation une lésion syphilitique secondaire, une plaque muqueuse par exemple, on a encore pour résultat un chancre simple qui conserve toute sa souplesse. Dans l'un et l'autre cas, on produit le *chancre mou des syphilitiques*, maladie facile à créer artificiellement, mais qui peut-être l'effet de contagion naturelle et dont Ricord et Fournier entre autres ont rapporté plusieurs observations.

En greffant le chancre simple sur le chancre syphilitique, on obtient des résultats d'un intérêt scientifique et pratique beaucoup plus grand, car le chancre mixte qui prend alors naissance et qu'on observe d'ailleurs assez souvent comme produit de la contagion naturelle, est pour ainsi dire la pierre angulaire de la doctrine de la dualité des chancres (Rollet. *Dictionnaire Encyclopédique des Sciences Médicales*).

Depuis 1858 de nombreuses expériences de ce genre ont été faites. Dans les hôpitaux de Paris : MM. Cusco, Guérin, Picard, Liegeois ; en Allemagne, MM. Sigmund, Boerensprung, Lindwurm ; à Londres, M. Lée ; en Italie, MM. Pellizari, Ricordi, Profeta, Galligo et d'autres encore, toujours avec succès : le chancre devient réinoculable et revêt des caractères mixtes. C'est ce chancre simple greffé sur l'induration persistante d'un chancre syphilitique que Ricord appelle *chancre simple à base indurée d'emprunt.*

Le greffe du chancre simple sur le chancre syphilitique et suivie d'accidents immédiats. L'ulcération ne tarde pas à changer de caractères. Au bout de 2 ou 3 jours, le chancre est transformé : il prend un fond grisâtre comme le chancre simple, et des bords déchiquetés ; la suppuration qu'il fournit devient plus abondante, sanieuse, et et réinoculable. Les vaisseaux et les ganglions lymphatique peuvent être envahis eux mêmes et devenir le siège de la lymphite et du bubon chancreux. Pendant ce temps, le chancre syphilitique ne perd pourtant pas ses caractères distinctifs, son induration entre autres ; il conserve aussi sa virulence propre et il est suivi des mêmes accidents qu'à l'ordinaire : enfin il peut transmettre l'une ou l'autre des deux maladies qu'il représente, ou toutes deux simultanément.

Ce sont sans doute des cas analogues qui ont fait croire à certains expérimenteurs à la réinoculabilité de certaines lésions syphilitiques. Il s'agissait alors de chancres mixtes et la prétendue réinoculation ne donnait naissance qu'à un chancre mou. Le fait n'est pas douteux pour Spéano qui opérait sur des prostituées chez qui toutes les maladies contagieuses coexistaient avec une fréquence incroyable. Les observations de Melchior Robert sont de même nature et passibles de la même interprétation, ainsi que l'a démontré Nodet. Le chancre syphilitique est irréinoculable ; le chancre mixte au contraire est réinoculable, mais ce qui se réinocule alors ce n'est pas le chancre syphilitique, mais le chancre simple greffé sur lui:

Le chancre mixte existe donc et il est probable qu'il

a existé peu après l'apparition de la syphilis : cette rencontre des deux chancres n'a sans doute pas peu contribué à leur confusion scientifique :

Bell cite le cas d'un étudiant en médecine qui s'étant fait une inoculation chancreuse intra-urètrale eut des bubons chancreux et des accidents secondaires. Charmichael semble avoir eu le pressentiment du chancre mixte quand il décrit les caractères spéciaux d'un *chancre élevé*, « Cet ulcère primitif n'a pas, dit-il, la base indurée du chancre syphilitique, ni les bords à pic du chancre pustuleux, ni l'aspect particulier du chancre phagedénique. Le médecin n'a pas souvent l'occasion d'assister à son début ; mais mon expérience m'a appris qu'il débute par une petite pustule qui dure un ou deux jours. Il se forme ainsi une croûte mince qui se détache bientôt découvrant une ulcération excavée ronde ou ovale, entourée d'une rougeur. C'est dans le cours du second septénaire que le fond de l'ulcère se remplit et s'élève au dessus de la peau. La surface est unie ; sa couleur est celle d'une plaie simple, sans granulation ; elle offre quelquefois une apparence fongueuse ; *c'est un trait d'union entre le chancre simple, chancre de Galien et l'ulcère phagédénique. Il est suivi d'accidents secondaires et même tertiaires.* »

Cette description ressemble assez à celle d'un chancre mixte. D'ailleurs si l'on supprime le chancre phagédénique (Carmichael, le père de la pluralité, admettait 4 espèces de chancres : le papuleux, le pustuleux, le phagédénique et le syphilitique), qui est une complica-

tion et non une espèce, il ne reste que 3 espèces, le chancre simple de Galien, le chancre syphilitique de Hunter et le troisième à bords élevés qui serait notre chancre mixte. (Nodet 1863).

Ricord également décrit une forme ecthymateuse du chancre infectant. En 1859, Laroyenne dans l'annuaire de la syphilis trouve un chancre infectant (*avec syphilis généralisée*) à induration type, et pourtant réinoculable au porteur.

Ricord et Fournier de même (*leçons sur le chancre 1858*) citent 3 observations de chancres indurés transmis à des sujets syphilitiques sous forme de chancres mous ; ils admettent que ces chancres se sont transformés dans leur migration, et qu'en général la diathèse syphilitique d'un individu empêche le chancre que cet individu contracte de s'indurer. Selon eux, ces chancres dérivés de chancres indurés sont semblables à ceux qu'on aurait pu inoculer aux mêmes malades avec du pus de chancre mou. Il y aurait cependant une différence qui n'apparaîtrait qu'au moment où ces chancres se transmettraient à leur tour à des sujets sains ; ceux qui sont originaires d'un chancre induré donneraient des chancres indurés, tandis que les autres, originaires d'un chancre mou donneraient des chancres mous. Ricord et Fournier ont même rapporté l'observation d'un malade porteur d'un chancre infectant à la période de réparation et d'un bubon indolent, malade qui à la suite d'un rapport nouveau avec une femme ayant des chancres simples, contracta des chancres simples dont l'un

s'implanta sur le chancre infectant et fut suivi d'un bubon réinoculé sous forme de pustule caractéristique. C'était là évidemment un chancre mixte surpris dans sa formation et néanmoins méconnu. C'est que, comme le dit Rollet, la dualité du virus était pour eux une hypothèse, et comment en effet, avec un seul virus, faire un chancre mixte? Les dualistes devaient au contraire l'admettre.

C'est Rollet en 1862 dans ses *Recherches sur la Syphilis* qui a surtout bien étudié le chancre mixte.

Diday réclama alors la priorité en faveur de H. Lée qui avait décrit en 1855 un chancre double, *twofold*, puis attaqua ensuite la définition du chancre mixte (chancre induré réinoculable) comme trop absolue ; il s'efforça de démontrer la possibilité dans quelques cas de la réinoculabilité du chancre induré à son début.

Melchior Robert alla plus loin : il nia l'existence du chancre mixte, inventé, dit-il, pour les besoins de la cause, pour expliquer les cas d'auto-inoculabilité du chancre infectant. Pour lui, ce dernier est réauto-inoculable dans la majorité des cas quand il est à sa première période.

Le chancre mixte fut même tourné en dérision : on l'appela *mulet*, nous dit Rollet, en lui prédisant qu'il aurait de la peine à faire le tour du monde,

Disons encore que le chancre mixte peut être produit par une seule contagion ou par deux contagions successives et différentes, et qu'on a jamais tenté son inoculation artificielle qui vraisemblablement se ferait avec plein succès.

Le chancre mixte et le chancre mou des syphilitiques se ressemblent en ceci que tous deux peuvent transmettre les deux virus. Ce sont tous deux des chancres simples implantés par hasard sur un organisme syphilitique : seulement l'implantation au lieu de se faire sur un point quelconque du corps s'est faite à l'endroit même où siégeait l'accident primitif de la syphilis. Ces deux chancres s'engendrent mutuellement : car si le chancre mou des syphilitiques inoculé à des sujets vierges de syphilis *peut* donner le chancre mixte, ce dernier inoculé à des syphilitiques reproduit le chancre mou de syphilitiques c'est ce qui a trompé Clerc, Ricord et Fournier ; ils ont cru que ce dernier chancre pouvait naître du chancre induré et qu'en cela il était syphilitique, tandis qu'il naissait, dans les cas qu'ils ont cités, du chancre mixte ou plutôt de l'élément réinoculable de celui-ci, par conséquent du chancre simple, son véritable et unique ascendant.

C'est encore l'ignorance du chancre mixte qui fait dire à Diday, en 1862 (*de la réinfection syphilitique, de ses degrés et de ses modes divers*) : « Le virus syphilitique, quoique toujours de même nature a, selon les cas, divers degrés d'intensité. Sous son action et celle du traitement, les effets de la seconde introduction du virus subissent des différences en plus ou en moins.

La *véroloïde*, pour le dire en deux mots ne peut pas être et n'est pas une affection une et identique : ce doit être et c'est un effet multiple et divers, essentiellement

variable suivant le degré d'intensité, soit de l'infection précédente, soit de la cause infectante actuelle, desquelles, ainsi qu'une résultante, dépend sa force.

1re classe de faits : *chancre et vérole pour effet du premier contact, chancre seul pour effet du second contact.*

C'est la forme la plus commune..... Relativement aux conditions étiologiques, je dis que pour qu'un de ces seconds chancres locaux soit engendré, il faut que la première atteinte syphilitique ait été assez forte, mais pas trop forte. Trop forte elle aurait épuisé entièrement la *réceptivité syphilitique* du sujet ; trop peu forte elle aurait à peine entamé cette réceptivité et aurait laissé le sujet habile à avoir non seulement un second chancre, mais à la suite de ce second chancre, son cortège de symptômes constitutionnels. D'ailleurs pour faire les seconds chancres comme pour les premiers, une cause plus forte peut ce que n'aurait pu une cause moindre. Les varioles et vaccines locales sont le parfait analogue de mes seconds chancres restés, eux aussi, à l'état d'affection locale, ainsi que le prouve l'absence de réaction ganglionnaire et l'absence de symptômes constitutionnels. La première insertion avait saturé l'organisme.

Loin de restreindre l'importance de l'influence que le chancroïde exerce sur l'organisme, je serais bien plutôt porté à la considérer comme supérieure à celle de la vaccine locale. Si je réfléchis, en effet, que de tous les sujets qui ont eu un chancroïde après la vérole, je n'en

ai vu qu'un seul en avoir ensuite un second, et pas un seul avoir une troisième syphilis à manifestations générales, je ne puis m'empêcher de croire qu'il y a, dans le travail organique d'où résulte le chancroïde, autre chose qu'une action purement locale : que si l'apparition du chancroïde n'est pas la preuve d'une réinfection véritable, elle suppose du moins la nécessité d'une participation quelconque de l'économie ; en un mot, que la *réintroduction du virus qui produit le chancroïde, tout insuffisante qu'elle soit pour développer chez l'ex-vérolé une syphilis complète, est très efficace pour épuiser ce qu'il lui restait de réceptivité syphilitique*,

2e classe de faits : *Chancre et vérole pour effet du premier contact du virus ; chancre et vérole atténuée pour effet du second contact.*

Suivent des observations de ces prétendues véroles consécutives, la seconde étant moins forte d'après lui quand la première avait été traitée par le mercure.

3e classe de faits : *Chancre et vérole pour effet du premier contact du virus ; chancre et vérole plus forte pour effet du second contact*,

Ici il ne peut citer que deux observations.

4e classe : *Chancre seul pour effet du premier contact du virus ; chancre et vérole pour effet du second contact.*

Ici le chancre local, le chancroïde a été par ordre de date le premier chancre. Quelle que soit la cause de cette immunité exceptionnelle, qu'elle réside dans la faiblesse du virus qui fut inséré, ou dans une disposition spé-

ciale passagère où se trouvait alors l'individu, toujours est-il que la première introduction du virus s'est bornée à un effet local, sans que le sujet ait été à l'abri des suites constitutionnelles d'une infection ultérieure.

5e classe : *Chancre et vérole pour effet du premier contact du virus ; second chancre seul, contracté pendant la période tertiaire de la première vérole* »

Pour expliquer ces réinoculations alors que Rollet, Fournier, Laroyenne Basset professaient la non-réinoculabilité du chancre syphilitique, Diday répond que ces expérimentateurs ont toujours essayé sur des sujets *récemment* infectés, la plupart présentant encore le chancre, tandis que lui a vu dans ses observations personnelles qu'il avait affaire à des sujets infectés de longue date, au moins vingt-deux mois.

« Et voici ses conclusions :

1° En règle générale, le virus syphilitique n'exerce pas successivement deux fois sur le même individu la même action,

2° Introduit chez un sujet syphilitique, ce virus ne produira aucun effet : chez un sujet qui a eu la syphilis, il produira une syphilis modifiée,

3° *Plus la première syphilis aura été faible, plus l'époque où elle exista sera éloignée, plus le virus mis en contact une deuxième fois sera énergique* (c'est-à-dire puisé à une lésion congénitale ou primitive plutôt que secondaire) *et plus la deuxième syphilis sera forte et vice versa.*

4° L'expérience montre que les seuls sujets sur lesquels la seconde introduction de virus syphiliti-

que ait produit quelque effet pathologique sont ceux qui étaient alors guéris de leur première vérole, ou qui n'en avaient plus d'autres symptômes que ceux qui ne se transmettent ni par génération ni par contact (symptômes tertiaires).

5° Quant à la nature des effets de la deuxième infection, ce sont :

A) Dans plus de la moitié des cas, un ulcère ayant tous les caractères du chancre induré, à part l'adenopathie indurée concomitante, lequel ulcère n'est pas suivi d'accidents constitutionnels. L'absence d'adenopathie permet au praticien de reconnaître d'avance les chancres indurés qui ne sont pas suivis d'accidents constitutionnels *chancroïdes*.

B) Dans plus d'un quart des cas, un chancre induré suivi d'accidents constitutionnels *moins intenses* que ceux de la première syphilis *véroloïdes*.

C) Dans moins d'un demi-quart des cas, un chancre induré suivi d'accidents plus intenses que la 1re fois *secondes véroles*.

D) Dans moins d'un demi quart des cas (où il n'y avait eu pour première syphilis qu'un chancre induré sans suites constitutionnelles qu'un chancre induré suivi d'accidents constitutionnels assez faibles.

E) En comparant entre elles ces diverses séries sous le rapport de l'intervalle de temps qui a séparé les 2 infections, on trouve que ce temps a été d'autant plus court que la 2me infection a eu des effets plus faibles. Il est au minimum dans le cas où il n'y a eu la seconde

fois qu'un chancre : au maximum dans ceux où il y a eu la seconde fois la vérole la plus forte. Enfin la réinfection d'un homme prouve qu'il était guéri ».

Toute cette suite d'erreurs vient pour la majorité des cas de l'ignorance où était Diday de l'existence du chancre mixte. D'autre part il a fait certainement des erreurs de diagnostic prenant pour des chancres indurés des chancres mous.

En général, tous les chancres indurés développés sans incubation et dans lesquels l'induration n'apparaît qu'assez longtemps après l'ulcération, ou même quand celle-ci s'est cicatrisée, sont des chancres mixtes. Et si le médecin n'observe ces chancres que dans la période où ils paraissent simples et perd ensuite de vue le malade pour ne le retrouver plus tard qu'avec des accidents de syphilis non douteuse sans nouveau chancre, il ne faut pas qu'il croie toujours s'être trompé : il se sera trouvé en présence d'un chancre mixte.

Bactériologie. Ducrey (1879) Unna (1882)

On n'a pas attendu l'époque contemporaine pour rechercher le virus du chancre mou. Sans remonter à Adams qui accusait le parasite hybride né de l'insecte mâle de la syphilis et du parasite femelle de la gale, nous devons signaler Donné qui en 1837 nous cite le *vibrio lineola,* Salisbury en 1860 avec la *crypta sphilitica*, le parasite de Didier, le *coniothecium syphiliticum*

de Hallier et les travaux d'Obraszow, Leistikow, Morissow et Mannino.

En 1874, Rollet ne trouve rien de constant à l'examen microscopique, et l'analyse chimique du pus ne le renseigne pas davantage.

Sous l'influence des idées pasteuriennes, à l'aide des nouveaux procédés de coloration, des recherches plus complètes furent faites par Primo Ferrari, en 1885, qui décrit des bacilles de 10 et 20 μ dans le protoplasme et le noyau des cellules et Luca, en 1886, qui trouva un *micrococcus ulcéris* (0,5—0,6 μ.)

Mais ce fut en 1889 qu'au congrès international de Paris, Ducrey annonça qu'il avait découvert des bactéries de 1,50 μ de longueur sur 0,50 μ de largeur, courtes et grosses à extrémités renflées, avec une entaille latérale, donnant à l'ensemble l'apparence d'un ∞. Ce micro-organisme, il le rencontre toujours dans plusieurs chancres d'inoculation artificielle ayant comme point de départ un chancre mou typique, mais ne peut le cultiver parce que, dit-il, « réduit chez l'homme à l'état de pureté, il est constitué par un micro-organisme qui ne se développe pas dans les milieux de culture artificielle ».

Des expériences négatives faites à l'aide du bubon, il conclut :

1° *Il existe une seule forme de bubon dû au chancre mou, c'est la forme simple ou inflammatoire, la forme chancreuse n'étant autre chose que le résultat de l'inoculation accidentelle après l'incision du bubon ;*

2° *Le pus des bubons et des bubonules ne contient pas de micro-organismes qui puissent être démontrés par les moyens dont la science dispose actuellement*, pas même celui que nous avons isolé du chancre mou, ni même les micro-organismes pyogènes communs.

3° Par conséquent *les bubons et les bubonules doivent très vraisemblablement être considérés comme le résultat de la réaction des tissus contre les produits particuliers de l'activité vitale du microorganisme du chancre.*

M. Fournier répondit qu'il y avait certainement des bubons *primitivement chancreux*, bien que très rarement, ce à quoi Ducrey objecta que les expériences contradictoires qu'on lui opposait n'avaient pas été faites dans des conditions d'aseptie suffisante, avec la seringue de Tursini stérilisable à 150°.

Dans la même séance, Leloir proposa l'adoption du terme de *chancrelle*, autrefois proposé par Diday, afin d'éviter des confusions.

Rencontré également par Krefting en 1891, ce bacille fut étudié par *Unna* en 1892 dans des coupes microscopiques. Il décrivit un streptobacille voisin de la bactérie de Ducrey, avec une tendance plus grande à se mettre en courtes chainettes.

Les travaux suivants de Krefting, d'Audry (1893), de Colombini (1854), confirmèrent cette opinion que ces deux microbes étaient les mêmes sous deux formes différentes.

Culture. – Besançon, Griffon et Lesourd (1901) Virulence du pus du bubon

Nicolle en 1893 et Cheinisse en 1894 discutèrent quelques détails de morphologie et commencèrent des essais de culture d'ailleurs infructueux (sur bouillon, agar, gélatine, lait, sérum, pommes de terre, sang étendu en plaques sur l'agar, le liquide du bubon pur ou mélangé avec l'agar, etc.

Les résultats de Petersen avec l'agar-sérum (1893) paraissent douteux car il ne fit pas d'inoculation confirmative.

Ceux de Lenglet (*Bul. méd.* 1858) sont plus sérieux et surtout ceux de Besançon, Griffon et Le Sourd (Annales de Dermat, 1901) qui ont obtenu de très belles cultures en employant un mélange de gélose et de sang de lapin. Ils se sont servis également de sérum non coagulé de lapin, prenant du pus soit dans un bubon chancrelleux non ouvert, soit sur un chancre, cas dans lequel la désinfection est assez délicate à obtenir.

A la surface des tubes ensemencés, on voit apparaître après un séjour de vingt-quatre heures à l'étuve à 37°, des colonies arrondies, saillantes, brillantes qui n'atteignent parfois leur développement complet qu'au bout de quarante-huit heures, et sont alors opaques, grisâtres, présentant un à deux millimètres de diamètre.

Prélevées sur un fil de platine, colorées par la solution phéniquée de violet de gentiane ou de bleu de Methy-

lène, on voit sous le microscope des bacilles qui ont exactement l'aspect morphologique et les modes de groupement décrits par Ducrey, Unna, Nicolle. Ce sont des bacilles en navette à bouts arrondis, ne fixant le colorant qu'à leurs extrémités, incolores à leur partie centrale, ne gardant pas la Gram.

L'examen du liquide condensé à la partie déclive des tubes donne des bacilles un peu différents, formant des chainettes beaucoup plus grandes et ondulées, mais ce sont toujours les mêmes, car ensemencés de nouveau sur un tube neuf de sang gélosé, ils redonnent les mêmes colonies. Les repiquages donnent des cultures beaucoup plus abondantes.

Leurs tentatives de cultures sur les milieux usuels de laboratoire ont été négatives, même avec des microbes acclimatés par leur passage successif sur une série de tubes (sixième et même onzième génération).

Au bout de trois semaines, sur sang gélosé, le bacille de Ducrey a toujours la même vitalité.

Enfin Besançon, Griffon et Le Sourd ont montré que le pus venant des bubons chancrelleux non ouverts donnait des cultures d'emblée positives, établissant ainsi la preuve irréfutable de la *virulence primitive du bubon*, contrairement à ce que prétendait Ducrey. L'ensemencement du pus chancrelleux à la surface du sang gélosé ou en sérum non coagulé de lapin a donné naissance à des colonies typiques de bacilles.

Enfin ils ont fourni des preuves expérimentales attestant l'identité du bacille cultivé et du bacille du

chancre mou, en se mettant à l'abri de toutes les causes d'erreurs possibles.

La découverte de la virulence du pus retiré du bubon fut des plus intéressantes car elle était fort discutée.

Sur une inoculation de 715 bubons, Ricord avait constaté que 382 fois le pus était inoculable soit 50 pour 100 de bubons virulents ou chancreux, les autres étant simplement inflammatoires. Sur 382 cas, 63 fois seulement l'inoculation avait été positive dès le début, d'où rareté relative de l'inoculabilité d'emblée. Telles étaient les deux conclusions posées par Ricord, que confirmèrent Rollet et Jullien. Certains en avaient conclu que les bubons qui s'inoculaient étaient *syphilitiques*, les autres étaient *sympathiques* ! (Castelnau). Ricord avait remarqué que l'inoculation était négative quand l'abcès était périganglionnaire et positive quand le pus provenait du ganglion : elle restait sans effet quand on le pratiquait aussitôt après l'ouverture du foyer, et ne devenait positive que lorsque les deux foyers superficiel et profond s'étaient unis et formaient eux-mêmes un bubon chancrelleux.

En novembre 1884, le professeur Strauss communiquait à la société de la Biologie le résultat de ses inoculations pratiquées avec le pus de 42 bubons, suivant toutes les règles de la méthode bactériologique et avec toutes les précautions aseptiques. Toutes les inoculations pratiquées les premiers jours étaient restées infructueuses et n'avaient réussi que par la suite après ouverture du bubon. Mauriac, Albert Robin, Mannino, Ducrey

confirmèrent les résultats de Strauss dans toute leur rigueur. La conclusion étant donc la nécessité d'une contamination secondaire pour que l'inoculation soit positive.

Cependant bientôt des discordances naquirent et plusieurs expérimentateurs signalèrent la réussite de l'inoculation primitive. Horteloup, Fournier protestèrent les premiers. Humbert (1883) signale 2 réussites sur 33 essais, Crivelli 3 sur 48, Strauss lui-même (1853) à la suite de nouvelles expériences, déclare que 5 fois sur 118 inoculations primitives, la pustule chancreuse fit son apparition. Plus tard enfin d'autres veneréologistes constatèrent, à coté de cas très positifs, l'existence des bubons absolument dépourvus de microbes (Andry 1893).

D'après Ricord, l'abcès péri-ganglionnaire dépourvu de virulence s'ouvrait d'abord et l'inoculation de son pus ne donnait pas de résultats. Ceux-ci n'apparaissaient qu'avec l'ouverture plus tardive du ganglion lui-même, à contenu virulent. Horteloup croyait que la gangrène ganglionnaire suffisait à tuer la virulence qui réapparaissait une fois le ganglion ouvert, après élimination de la partie centrale sphacélée.

Aubert, comme conséquence de ses expériences sur l'effet de la chaleur, pense que la température est trop haute dans le ganglions fermés pour que le virus chancrelleux puisse vivre et y coloriser. Les conditions changent quand sa cavité est mise en communication avec l'air extérieur. Lucca, trouvant un microbe spécifique aerobie, expliquait par cela même la nécessité de l'ouverture pour qu'il puisse végéter.

Les recherches de Dubreuil ont démontré que le bacille de Ducrey peut être contenu dans le pus du bubon au moment même de son ouverture. En réalité, les inoculations de pus prélevé à l'ouverture du bubon, donnent très souvent des résultats négatifs. La nouvelle méthode de cultures sur sang gelosé de Besançon, Griffon et Le Sourd, permet de déceler souvent la présence du bacille dans le ganglion suppuré dans des cas où les autres moyens d'instigation avaient donné des résultats négatifs. *Le bacille de Ducrey peut donc passer directement du chancre aux ganglions par voie lymphatique.*

Tout récemment Tomascewski (1905) a entrepris la recherche systématique du bacille dans une série de bubons, par la culture sur milieux spéciaux et principalement sur sang gelosé. Il est ainsi parvenu à mettre en évidence la présence des bacilles dans 40 0/0 des bubons expérimentés.

En somme les recherches récentes (Nicosia, Colombini, Tomasczewski, Lipschutz) montrent que dans la très grande majorité des cas, le bubon est toujours dû à l'immigration des streptobacilles partis du chancre. Quand la virulence paraît ne pas exister dès l'ouverture du bubon, le plus souvent elle reparaît les jours suivants, sans qu'il y ait une infection provenant de l'extérieur, mais par l'apparition dans le pus de bacilles provenant des parois du foyer.

Disons encore que quelques auteurs ont admis la possibilité du *bubon chancrelleux d'emblée* (Baumès et

Vidal, puis, Daniel Mollière et Diday), c'est-à-dire formation d'une adénite consécutive à l'inoculation du pus chancrelleux, alors que l'épiderme est resté intact. Mais il s'agit là d'observations antérieures à la découverte du bacille de Ducrey. Pour reconnaître leur valeur, il faudrait de nouvelles observations complétées par l'examen bactériologique. De plus aucune des expériences tentées pour faire pénétrer le pus à travers l'épiderme sain n'a réussi (Jullien) et d'un autre côté il est des cas où le peu d'acuité des symptômes peut tromper un malade qui peut avoir été porteur d'un chancre mou sans s'en douter.

Inoculation du bacille de Ducrey aux animaux

Après avoir réussi à cultiver le virus du chancre mou, on s'appliqua à l'étudier en l'inoculant aux animaux. Nous avons dit déjà qu'Auzias Turenne avait fait plusieurs tentatives, mais la dualité du virus n'étant pas alors admise, on ne peut se baser sur le résultat de ces expériences bien qu'il semble qu'à plusieurs reprises Auzias Turenne ait réussi chez des singes à inoculer le chancre mou. Nous avons vu que ces tentatives avaient été en quelque sorte le point de départ de la « syphilisation ». Il a même noté l'insuccès fréquent des inoculations faites aux organes génitaux et signalé comme région de prédilection la face et notamment les paupières, les sourcils, le nez et surtout les oreilles, considérant le *macaque* (sans préciser davantage l'espèce)

comme le singe le plus favorable pour l'expérience. L'absence d'incubation prolongée, la constance de l'aspect des lésions, leur réinoculabilité en série prouvent que ce n'étaient pas là des lésions banales, mais bien le produit d'un agent spécifique. Pourtant le peu d'étendue de ces chancres, leurs caractères atténués par rapport à ceux de l'homme ont contribué à faire en général méconnaître ces lésions.

Robert de Welz inocula un singe et se porta le pus sur le bras. Les lésions qui s'y produisirent furent reconnues par Ricord comme étant des chancres simples.

Mais toutes ces expériences manquent de certitude, comme toutes celles qui furent faites avant l'avènement de la bactériologie, celles de Krishaber, Fournier, Barthelemy en 1882. Il n'y eut alors aucune contamination de singe à singe et les auteurs conclurent que le singe était un mauvais terrain sur lequel il dégénère.

Les premières expériences où les résultats furent contrôlés par les recherches du bacille de Ducrey furent celles de Nicolle, qui obtint sur un macaque deux chancres de la région frontale réinoculés ensuite avec succès sur l'oreille gauche, le sommet de la tête et la région temporale. Des inoculations spontanées en provoquèrent même un à l'oreille droite et deux aux paupières. Le pus de toutes ces ulcérations renfermaient le bacille de Ducrey. En 1900, il donne le *bonnet chinois* comme étant l'espèce chez laquelle le chancre simple se développe le mieux.

Les inoculations de MM. Thibierge, Ravaut et Le-

SOURD à l'hôpital BROCA en 1905 établissent encore que le bord libre de la paupière du macaque est un lieu d'élection indubitable pour ces expériences, bien qu'elles ne soient jamais suivies de suppurations, de grandes pertes de substances ni d'adénopathie, et les bacilles se rencontrant seulement dans les régions superficielles et ne se montrant ni dans le derme ni dans le tissu conjonctif sous-jacent.

On peut dire de plus que l'inoculation au singe est un procédé de *diagnostic*, car le chancre ainsi produit est tout différent de l'accident primitif syphilitique transmis au singe et qui ne se développe chez lui qu'au bout de 23 jours environ Cette inoculation a la même valeur que l'ancienne auto-inoculation.

Enfin ces auteurs ont constaté que, contrairement à la doctrine classique de la réinoculabilité indéfinie du chancre simple, la 3e inoculation chez le singe échouait, ou ne donnait que des lésions très atténuées et que la 4e avortait constamment ; ce fait, disent-ils, tient-il à une modification anatomique du tissu cicatrisé ou doit-il être rapproché de ce qu'AUZIS-TURENNE avait constaté chez l'homme, en s'en servant comme base pour sa syphilisation ?

En somme la conclusion de tous ces travaux conduit à faire du chancre mou une maladie locale spécifique, réinoculable au porteur avec des caractères identiques et due à l'introduction au point lésé d'un microbe spécial, bacille de DUCREY ou streptobacille de UNNA.

Pourtant certains auteurs ne sont pas complètement convaincus et se basent pour cela :

1° sur l'identité non suffisamment prouvée des bactéries décrites par Ducrey et Unna ;

2° Sur les recherches de Luca et de Gibert qui, sur des chancres mous types, n'ont pu trouver que des microbes ordinaires ou des staphylocoques dorés, dont les cultures pures inoculées ont donné des ulcères analogues à la première lésion et réinoculables en générations ;

3° Sur les expériences de Welander qui aurait obtenu des chancres mous (?) par l'inoculation de l'humeur secrétée par des pustules syphilitiques, des pustules d'acné, d'impétigo ou d'eczéma ;

4° Sur le fait que la plupart des partisans de la spécificité ne vont pas jusqu'à regarder le bacille de Ducrey comme la cause unique du chancre mou et admettent la possibilité de l'intervention d'autres agents pathogènes.

On peut leur répondre que ces pseudo-chancres sans bubon sont sans doute des ulcérations banales : Et il y aura peut-être alors à ajouter à la pathologie vénérienne une autre classe d'ulcérations pour ainsi dire exceptionnelles et d'origine banale.

Nous disons : exceptionnelles, car si les suppurations de diverses causes qui se produisent aux organes génitaux pouvaient engendrer le chancre simple, celui-ci devrait être d'une fréquence extrême. Or si Bumstead, Finger, Taylor, Cooper ont combattu la spécificité du chancre mou en faisant remarquer que presque toutes les suppurations sont inoculables (pus de la balano-

posthite, de l'urétrite, de diverses éruptions, ecthyma, acné, pemphigus, gale, etc.) il n'en est pas moins vrai que la confrontation montre toujours à son origine, non une suppuration quelconque, mais seulement un chancre simple et cela suffirait pour établir qu'il constitue bien une affection distincte et autonome ; ces inoculations ont produit des lésions suppuratives et ulcéreuses, elles n'ont pu produire le chancre simple que lorsqu'il a été expérimenté réellement avec du pus de chancre simple.

Ce qui est vrai, c'est que le chancre simple peut être classé dans la nosologie à côté des dermites suppuratives, et notamment à côté de dermites streptococciques ; c'est une *pyodermite ulcéreuse due à un streptobacille spécial, le streptobacille de Ducrey* dont la présence dans le pus, constatée au microscope, est le plus sûr et le plus rapide moyen de diagnostic, supprimant l'épreuve ancienne de la réinoculation qui n'était pas exempte d'inconvénients.

Pour faire cette recherche, on râcle légèrement la surface du chancre, on étale sur une lame le pus ainsi recueilli, en ayant soin de ne pas trop frotter et surtout ne pas écraser le pus de crainte de dissocier les chaînettes de bacilles. On colore la préparation soit avec la solution phéniquée de bleu de méthylène ou du violet de gentiane, soit avec la liqueur de Ziehl diluée. A la surface du chancre, on trouve souvent de plus des associations de saprophytes cutanés, en particulier le staphylocoque et la bactérie commune de la peau. (Nicolle).

Rarement unique à cause de la facilité avec laquelle

il se réinocule, le chancre simple est presque toujours (quatre fois sur cinq, Fournier) accompagné de petits chancres simples satellites dus à des inoculations secondaires et reconnaissables comme le premier à leur base molle, œdémateuse, à leur pus abondant et leurs bords sinueux, nettement taillés à pic et décollés, non accompagnés de pléïade ganglionnaire.

Gallia décèle la présence de sensibilisatrices dans le sang des sujets atteints de chancre mou (1907)

Plus tard, après les expériences de Bordet et Gengon sur la recherche de sensibilisatrices, basées sur la méthode de déviation du complément, Gallia en 1907 au laboratoire de Parasitologie de l'Université royale de Turin, rechercha, en partant du même principe, s'il y avait des sensibilisatrices spéciales dans la secrétion du chancre mou, dues au bacille de Ducrey-Unna. Il a examiné si dans le sang d'individus atteints de chancre mou, on pouvait déceler la présence d'anticorps spécifiques vis-à-vis de la sécrétion du chancre même ou vis-à-vis du bacille de Ducrey-Unna. Nous trouvons le résultat des ses expériences dans les *annales des maladies vénériennes* (novembre 1907).

« On racle le chancre (après l'avoir préalablement lavé avec de l'eau stérilisée), avec une cuillère également stérilisée, et le produit du raclage ainsi obtenu est délayé dans un mortier stérilisé, avec de la poudre de verre et repris au moyen d'une solution physiologique à

8 o/oo. L'émulsion ainsi obtenue, après avoir été centrifugée et rendue inactive a 56° pendant une demi-heure, est mélangée à du sérum sanguin, également inactif, du même individu atteint de chancre mou, et avec de l'alexine fraîche (sérum de sang de cobaye saigné le jour précédent).

Après un certain temps (de 4 à 5 heures) on ajoute à ce mélange une petite quantité de sérum de cobaye hémolytique pour les globules rouges du sang de lapin inactivé et pour les globules rouges de lapin lavés et centrifugés.

Dans certains cas, le sérum du sang a été mis en rapport avec l'émulsion du culture du bacille de Ducrey-Unna, culture obtenue au moyen d'un milieu qui me fut conseillé par M. le professeur Bruschettini et qui donna d'ailleurs avec assez de facilité des cultures très vigoureuses : ce milieu se composait de gélose, de blanc d'œuf et de sang.

D'autres fois, le sérum du sang a été mélangé à de la sécrétion de chancre syphilitique et à du suc de ganglions inguinaux syphilitiques.

Dans toutes ces expériences, j'ai apporté la plus scrupuleuse exactitude et le plus rigoureux contrôle pour m'assurer soit de l'efficacité du sérum hémolytique, soit de l'inactivement à 56°.

Je résume dans les tableaux suivants le résultat de mes expériences :

Dans le cas n° 4 on n'a pas pu trouver les bacilles

de Ducrey-Unna tandis que dans les 3 premiers, les bacilles étaient très évidents.

Je conclus donc que dans le sang d'individus affectés de chancres mous, on peut mettre en évidence des sensibilisatrices spécifiques, soit pour la secrétion du chancre mou soit pour les bacilles de Ducrey-Unna.

Ce qui démontre bien que les sensibilisatrices sont spécifiques, c'est que l'on n'obtient pas la déviation du complément quand on emploie le sérum de sang d'individus syphilitiques ou lorsque le sérum d'individus atteints de chancre mou est mis en rapport avec la secrétion de ganglions lymphatiques de syphilitiques.

Sérum d'individus affectés de chancres mous et suc de chancres du même individu

	Suc de chancre mou	Sérum d'individus avec chancre mou	Alexine Sérum de cobaye	Sérum de lapin traité avec globules rouges de cobaye	Globules rouges de lapin	Hémolyse
1er Cas	0,5cmc	1,00	0,2	0,1	0,1	absent
	0,3	0,50	0,1	0,05	0,05	
2e Cas	0,5	1,00	0,2	0,1	0,1	id.
	0,5	0,50	0,2	0,1	0,1	id.
3e Cas	0,5	1,00	0,2	0,1	0,1	id.
	0,3	0,50	0,2	0,1	0,1	id.
4e Cas	0,5	1,00	0,2	0,1	0,1	complète
	0,5	0,50	0,2	0,1	0,1	complète

Sérum de sang d'individus affectés de chancre mou et émulsion de bacilles de Ducrey-Unna en gélose-albumine-sang

Emulsion de bacilles Ducrey-Unna	Sérum d'individu avec chancre mou	Alexine	Sérum de lapin traité avec globules rouges de cobaye	Globules rouges de lapin	Hemolyse
0,1	0,5	0,1	0,1	0,1	0
0,05	0,5	0,1	0,1	0,1	0
0,1	0,05	0,1	0,1	0,1	très légère
0,005	0,05	0,1	0,1	0,1	0

Par ces expériences j'ai pu démontrer pour la première fois la présence d'anticorps dans le sang d'individus atteints de chancre mou. »

Fréquence du chancre mou. — Chancre mixte clinique. Sa contagion.

Il résulte de ce qui précède que le chancre simple existe donc et qu'il forme une maladie tout à fait distincte. Quelle est sa fréquence par rapport à la syphilis ?

De tout temps, on l'a considéré comme étant le plus fréquent. La première statistique scientifique, celle de Bassereau (1837-1838) le donne comme étant 30 fois plus fréquent que le chancre syphilitique.

Puche sur 10.000 cas observés de 1810 à 1852 trouve 1955 indurés seulement, soit 1 sur 4. Plus tard, la proportion baisse encore. Pour Fournier, Rollet, elle n'est plus que de 1 à 2 ou 3 au plus. La statistique de l'hôpital du Midi va de 1/4 à 1/4,7 avec un écart brusque de 1874 à 1879 pendant lequel le chancre syphilitique de-

vient beaucoup plus abondant. A Copenhague, une statistique de Blaschko portant sur 50.000 malades les trouve en proportions presque égales (2,8 pour la syphilis contre 2,3).

Mais ces statistiques ne nous indiquent pas le milieu social de leurs malades. Le chancre simple facile à éviter avec des soins de propreté et qui pourrait disparaître si les porteurs le voulaient, s'observe surtout dans les milieux ouvriers. C'est une maladie des classes pauvres Il diminue à mesure qu'on s'élève dans l'échelle sociale où il laisse la place à la syphilis. Dans le monde féminin c'est la prostitution clandestine qui alimente les hôpitaux : les femmes mariées ou entretenues représentent une infime minorité, une dizaine de cas sur 800 dans la statistique de Le Fort.

Cette dernière catégorie de malades en effet peut se soigner plus aisément et se reposer jusqu'à la guérison qui vient vite en général.

C'est une maladie de célibataires : 895 sur 980 cas dans la statistique de Brandveiner (1908). Les maisons de tolérance ont un appoint peu élevé 132 sur 800, chiffre très inférieur à celui des prostituées clandestines (679 sur 800).

De plus sa fréquence varie beaucoup, nous dit M. Balzer : parfois il disparaît, pour ainsi dire, des consultations des hôpitaux, puis il se montre de nouveau très souvent. On peut assister dans certaines villes à de véritables épidémies de chancre mou. A Paris, le nombre en augmente lorsque la densité de la population

flottante subit un accroissement, au moment des grandes fêtes, des expositions. Mauriac a noté sa grande fréquence en 1870-1871 et dans les années suivantes.

D'une façon générale, on peut dire qu'aujourd'hui le chancre mou se voit beaucoup moins, sans doute grâce au progrès de l'hygiène. Et encore dans nombre de cas où ce dernier est diagnostiqué dès les premiers jours de son apparition, n'a-t-on pas fréquemment de pénibles surprises quand, quelques semaines plus tard, on voit le malade présenter une roséole non douteuse ?

Nous avons examiné en effet la possibilité de donner naissance au *chancre mixte expérimental*. Le *chancre mixte clinique* est également facile à observer, et la contagion naturelle peut se faire de diverses façons :

1° *Elle peut être simultanée. Le malade peut trouver sur la même personne les deux causes de contamination.* Celles-ci peuvent être représentées : a) *soit par un accident spécifique avoisinant des chancrelles*, b) *soit par un chancre mixte déjà existant.* Mais le contact avec ce chancre mixte ne donnera pas forcément un autre chancre mixte : ce pourra être seulement l'un ou l'autre des chancres qui le constituent ; c) *l'inoculation du chancre mixte peut encore se faire au contact d'un chancre simple porté par un syphilitique qui en est encore à la période secondaire.* C'est alors un chancre simple qui pourra transmettre la syphilis par l'intermédiaire de la sérosité qui transsudera à son niveau ;

2° *Elle peut se faire en deux fois.* Ce n'est plus là un chancre *mixte d'emblée*, mais un chancre *secondaire-*

ment mixte : a) *le chancre mou peut s'inoculer pendant la période d'incubation du chancre syphilitique*, b) *le sujet porteur de chancres mous peut contracter la syphilis*, c'est le *chancre simple syphilisé*, c) *un chancre syphilique peut évoluer quand le porteur contracte la chancrelle* (*chancre syphilitique chancrellisé*).

Dans tous les cas d'inoculations successives, les deux chancres se modifient et se dénaturent réciproquement.

CONCLUSIONS

CONCLUSIONS

Le chancre simple est bien une affection distincte, mais sa coexistence fréquente avec le chancre syphilitique nous oblige à nous tenir en garde contre la possibilité de l'existence du chancre mixte.

L'histoire vient donc de nous montrer la blennorrhagie et le chancre simple probablement connus et décrits par les anciens auteurs, faisant partie de la Pathologie de l'Antiquité et du Moyen Age, comme ils font partie de la nôtre.

Elle nous a fait voir l'apparition subite de la syphilis en Europe au XV^e^ siècle. A ce moment les médecins sont unanimes à reconnaître entre eux ces trois maladies. Un demi-siècle se passe,. la génération des contemporains de l'épidémie syphilitique est disparue, la confusion faite dans les choses se fait dans les esprits. Réunis dans les grands centres, le chancre mou, la blennorrhagie et la syphilis deviennent la base du

« mal vénérien ». Cette unité est si complète que certaines épidémies de syphilis pure sont méconnues et décrites comme des affections spéciales, sous les noms de mal de Sainte-Euphémie, Pian de Nérac, maladie de Chavanne-Lure, mal de Brunn, Scherlievo, Facaldine, Sibbens, Radezygue, mal de la baie de St-Paul, boutons d'Amboine, Jaws, Framboesia etc., suivant le pays où elles sévissent.

Après avoir duré plus de trois siècles, cet assemblage monstrueux va se dissocier.

Hunter va étudier au moyen de l'expérimentation, mais tire de ses expériences des conclusions complètement fausses. Auzias Turenne invente la malheureuse syphilisation : après de nombreuses inoculations, Ricord voit ses opinions s'ébranler ; son élève Bassereau, en 1852, établit enfin le premier la doctrine de la pluralité, pressentie par Carmichael.

Deux ans plus tard, Clerc retombe dans l'erreur avec son *chancroïde*, de même que Diday, en 1862, avec ses *véroloïdes* et ses *secondes véroles*.

Au même moment (1862) Rollet explique ces cas particuliers en établissant l'existence du *chancre mixte*, que les recherches ultérieures n'ont fait que confirmer.

Enfin, en 1889 et 1892, Ducrey et Unna découvrent l'agent pathogène du chancre mou.

En 1900, Nicolle fait aux singes des inoculations positives indiscutables.

Besançon, Griffon et Lesourd, en 1901, cultivent le

bacille de Ducrey et établissent la preuve de la virulence primitive du bubon.

Nous voyons donc successivement l'histoire, l'expérimentation, la clinique et la bactériologie apporter leurs preuves pour établir le dogme de la pluralité et isoler complètement le chancre mou des autres affections vénériennes.

Nous avons également vu que les deux virus chancrelleux et syphilitique pouvaient coexister sur une même lésion, y évoluer dans une intimité absolue, tout en conservant leur individualité propre et leurs caractères essentiels, et sans abandonner pour cela aucune de leurs fâcheuses conséquences.

Loin d'être une exception, cette coexistence est très fréquente et comme à tout travail, il faut une conclusion, nous terminerons celui-ci en insistant avec le professeur Gaucher sur la rareté du chancre mou pur et sur la fréquence du chancre mixte. Nous ne croirons pas par conséquent notre tâche terminée quand nous aurons découvert sur un chancre le bacille de Ducrey : nous exigerons que le malade revienne environ trois semaines après le début de l'ulcération se soumettre à un nouvel examen, car rien ne nous autorise à croire qu'une induration inquiétante ne se manifestera pas bientôt, suivie de la découverte du tréponème.

N'est-il donc pas étonnant de nous voir insister sur la fréquence du chancre mixte alors que nous avons cherché à montrer combien il a été difficile de faire admettre la doctrine de la dualité chancreuse, bien que

tous les caractères des deux chancres soient essentiellement différents et soient une preuve de la spécificité de leurs agents pathogènes? C'est que, ce que nous dénommons chancre mixte n'est pas une lésion intermédiaire, c'est le lien d'inoculation simultanée ou faite à peu d'intervalle de deux virus qui ne perdent dans cette réunion aucun de leurs caractères respectifs : c'est plutôt une lésion double.

La persistance qu'ont mise certains auteurs des plus compétents, à une époque encore récente, à nier le dualisme chancreux est une preuve de la fréquence du chancre mixtre et montre combien nous devons être en garde contre cette cause d'erreur.

Vu : le Président de Thèse,

GAUCHER.

Vu : Le Doyen,

LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer,

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.

L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

A. Fournier : Recherches sur la contagion du chancre, 1857.

id. : Recherches sur la contagion du chancre syphilitique, 1860.

Bassereau : Traité des affections de la peau symptomatiques de la syphilis. 1852.

Diday : De la réinfection syphilitique, 1852.

Rollet : Etudes cliniques sur le chancre, 1859.

Nodet : Etudes cliniques sur les diverses espèces de chancres et particulièrement sur le chancre mixte, Montpellier 1863.

Rollet : Coup d'œil rétrospectif sur la syphilis et les maladies de la peau, Paris 1864,

Nodet : Simultanéïté des maladies vénériennes, 1863.

Rollet : Recherches sur la syphilis, 1862.

Auzias Turenne : Syphilisation, 1851.

Dron : Le double virus syphilitique, Thèse Paris 1856.

Druelle : Le chancre mou de la cavité bucco-pharyngée, 1910.

Ambroise Paré : Livre des Tumeurs ; Livre de la « Grosse Vérolle » 1575.

Dictionnaire de médecine et de chirurgie de Jaccoud. Articles de A. Fournier. Tome VII.

id. Encyclopédique des sciences médicales. Articles de Rollet. Tome XV.

Rollet : De la pluralité des maladies vénériennes, 1860.

id. Recherches cliniques et expérimentales sur la syphilis et la blennorrhagie, 1862.

Clerc : Du chancroïde syphilitique, 1864.

de Castelnau : Recherches sur l'inoculation appliquée à l'étude de la syphilis, 1841.

Ratier : Lettre sur la syphilis, 1845.

Diday : Histoire naturelle de la syphilis, 1863.

Diday-Noyon : Thérapeutique des maladies vénériennes et cutanées, 1876.

Sperino : Syphilisation, 1855.

Auzias Turenne : Syphilisation.

Mauriac : Recherches statistiques sur la contagion des maladies vénériennes à Paris et la rareté du chancre simple, 1875.

Besançon, Griffon et Lesourd : Recherches sur la culture du bacille de Ducrey. *Annales de dermatol*,, 1901.

Thibierge, Ravaut et Lesourd : Le chancre mou expérimental. *Annales de dermatol.*, 1905.

Feulard : Compte rendu du Congrès international de Dermatologie et Syphiligraphie, tenu à Paris en 1889,

Balzer : Maladies vénériennes, 1909.

Finger : Syphilis et les maladies vénériennes, 1909.

Augagneur et Carle : Précis des maladies vénériennes 1913.

Melchior Robert : Considérations sur l'auto-inoculation du chancre infectant 1862.

Carmichael : Essay on venereal diseases. London 1825.

Thierry de Hery : Méthode curative de la maladie vénérienne Paris 1553.

Ricord : Annotations au livre de Hunter.

— Lettres sur la syphilis. Leçons sur le chancre (1845-1855.

Prieur : Thèse, juillet 1851.

Marston : Royal médical and chirurgical sociéty, 1862.

Basset : Thèse. Simultanéité des maladies vénériennes 1860 Paris.

Gallia : De la présence de sensibilisatrices dans la sécrétion du chancre mou démontrée par la méthode de déviation du complément. Annales de mal. vénériennes. Novembre 1907.

TABLE DES MATIÈRES

PAGES

Plan 13
Introduction 15
Première période 17
Deuxième période 27
Troisième période 37
Conclusions 117
Bibliographie 121